L'assurance-maladie
sur la base de la mutualité

Thèse présentée à la Faculté de droit de l'Université de Fribourg pour l'obtention du grade de docteur en sciences politiques et économiques

par

LINO BIANCHI

licencié en sciences politiques et économiques.

1943

IMPRIMERIE CESARE MAZZUCONI LUGANO

L'assurance-maladie sur la base de la mutualité

L'assurance-maladie
sur la base de la mutualité

Thèse présentée à la Faculté de droit de l'Université de Fribourg pour l'obtention du grade de docteur en sciences politiques et économiques

par

LINO BIANCHI

licencié en sciences politiques et économiques.

Acceptée par la Faculté de droit, le 21 juillet 1942, sur la proposition de M. le professeur **E. BONGRAS** (premier rapporteur) et de M. le prof. **P. AEBY** (second rapporteur).

1943

IMPRIMERIE CESARE MAZZUCONI - LUGANO

La Faculté n'entend approuver ni désapprouver les opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. (Décision de la Faculté du 1er juillet 1916).

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A mes chers parents

TABLE DES MATIÈRES

page

Bibliographie . . . . . XIII-XV

Introduction — Les assurances sociales en général 1

A. Fonctions sociales et économiques des assurances sociales 1

§ 1. Les fonctions sociales 1

§ 2. Les fonctions économiques 5

B. Les assurances sociales 11

§ 1. Nécessité des assurances sociales . . . 11

§ 2. Consolidation des assurances sociales . . 12

§ 3. Extension et élargissement des assurances sociales 13

Chapitre I — Les institutions d'assurance-maladie 16

§ 1. Les problèmes qui se posent 16

§ 2. Principes d'organisation 17

a) caisses mutualistes 17

b) caisses professionnelles 18

c) caisses territoriales 18

Chapitre II — Le champ d'application de l'assurance-maladie . . 20

A. Les catégories d'assurés 20

§ 1. Industrie et commerce 20

§ 2. Agriculture 21

§ 3. Travail domestique 22

B. Les travailleurs assurés suivant leur qualité dans la profession 24

§ 1. Employés 24

§ 2. Ouvriers 25

§ 3. Apprentis 26

§ 4. Travailleurs à domicile 26

§ 5. Travailleurs engagés à titre temporaire . . 27

C. Conditions relatives aux qualités personnelles des assurés 28

§ 1. Nationalité 28

§ 2. Limites d'âge 30

§ 3. Situation du conjoint et des membres de la famille de l'employeur 30

page

Chapitre III Les modes de gestion des institutions d'assurance-maladie 32

Chapitre IV Les ressources de l'assurance-maladie en général . . 34

§ 1. Nature des ressources 34

§ 2. Combinaison des ressources 36

Chapitre V Le subventionnement de l'assurance-maladie en Suisse 39

Chapitre VI L'assurance-maladie comme épargne 43

Chapitre VII Effets de l'assurance-maladie sur le pouvoir d'achat des assurés et sur l'économie en général . . 47

Chapitre VIII Le développement des assurances sociales sur le plan international 50

Chapitre IX Progrès réalisés dans divers pays en matière d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité-vieillesse-décès 52

§ 1. Assurance-maladie 52

§ 2. Assurance-invalidité-vieillesse-décès 66

§ 3. Le développement des assurances sociales et la guerre actuelle 72

Chapitre X Essai d'une solution internationale en matière d'assurance-maladie suivant le Bureau international du Travail 83

A. Organisation internationale de l'assurance-maladie 83

B. Solution des conflits 92

§ 1. La solution des conflits relatifs aux prestations 92

a) tribunaux ordinaires 93

b) arbitres ou juridictions arbitrales . . . 94

c) tribunaux d'assurance 95

§ 2. La solution des autres conflits 98

Chapitre XI Efforts accomplis en Suisse sur le plan des assurances sociales suivant la loi du 13 juin 1911 99

A. L'assurance-maladie 99

§ 1. Développement historique des caisses-maladie 99

§ 2. De l'obligation de s'assurer 107

§ 3. Effectif des caisses. Prestations 108

page

§ 4. Mouvement en faveur de la revision de la loi 110
§ 5. L'assurance-tuberculose 112
a) le rapport de l'assurance-maladie avec l'assurance-tuberculose 112
b) les conditions mises à l'octroi des prestations de l'assurance-tuberculose . . 114
§ 6. Fédérations de caisses-maladie 115
§ 7. Autorités de surveillance 117

B. L'assurance-accidents 118
§ 1. Bases de l'assurance-accidents 118
§ 2. Objet de l'assurance et prestations aux assurés 120
§ 3. Financement de l'assurance 122

Chapitre XII Extension prise par l'assurance contre la maladie et les accidents depuis le début de la guerre actuelle 123
§ 1. En faveur des membres des détachements de travail 123
§ 2. En faveur des personnes astreintes au service obligatoire du travail (affectation de la main-d'oeuvre à l'agriculture et aux travaux de construction d'intérêt national) 125
§ 3. En faveur des équipages des navires suisses 127

Conclusion 129

Appendice . . . . . I-II

BIBLIOGRAPHIE

1. Lois, ordonnances et arrêtés.

Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA). Exposé et commentaires.

Arrêtés du Conseil fédéral des 22 juillet 1936 et 16 janvier 1940 concernant l'assurance- maladie.

Ordonnances fédérales I, II et III de l'assurance-maladie.

Recueil No 1 à 7 des décisions de principe et des réponses données jusqu'au 31 juillet 1935.

Loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose.

Ordonnance fédérale du 31 mars 1931 en exécution de la loi sur la lutte contre la tuberculose.

Loi fédérale du 12 décembre 1940 sur le travail à domicile.

Arrêté du Conseil fédéral du 15 décembre 1939 sur la formation de détachements de travailleurs pour la défense nationale.

Arrêté du Conseil fédéral du 20 décembre 1940 modifiant celui qui concerne la formation de détachements de travailleurs pour la défense nationale.

Arrêté du Conseil fédéral du 17 avril 1942 sur l'affectation de la main-d'oeuvre à l'agriculture (assurance-maladie).

Arrêté du Conseil fédéral du 5 mai 1942 sur l'affectation de la main-d'oeuvre aux travaux de construction d'intérêt national (assurance-maladie).

Ordonnance III du département fédéral de l'économie publique sur l'affectation de la main-d'oeuvre à l'agriculture (assurance en cas d'accident), du 17 mars 1941.

Arrêté du Conseil fédéral du 31 mars 1942 sur l'affectation de la main-d'oeuvre aux travaux de construction d'intérêt national.

Ordonnance No 1 du département fédéral de l'économie publique sur l'affectation de la main-d'oeuvre aux travaux de construction d'intérêt national (dispositions d'exécution), du 31 mars 1942.

Arrêté du Conseil fédéral du 13 juin 1941 concernant l'assurance des équipages des navires suisses contre les accidents et la maladie.

Ordonnance du département fédéral de l'économie publique du 6 août 1941 sur l'assurance des équipages des navires suisses contre les accidents et la maladie.

2. Publications officielles.

Bureau fédéral de statistique:
Annuaire statistique de la Suisse pour 1941, Bâle, 1942.

Bureau International du Travail:
L'organisation économique des prestations médicales et pharmaceutiques dans l'assurance-maladie, Genève, 1938.

L'organisation internationale du Travail et la reconstruction économique et sociale, Montréal. 1941.

Centrale fédérale de l'économie de guerre, service d'information:
La Suisse sociale, publication No 1, Berne, 1942.

Conférence internationale du Travail:
L'assurance-maladie, Genève, 1926.

Office fédéral des assurances sociales:
Les assurances sociales, Berne, 1939.

Eidgen. Volkswirtschaftdepartement:
Volkswirtschaft, Arbeitsrecht und Sozialversicherung der Schweiz, Einsiedeln, 1925.

3. Rapports.

Caisse nationale suisse en cas d'accidents, à Lucerne:
Rapport pour l'année 1941, Lucerne, 1942.

Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Genève:
Rapports pour 1937 et 1939.

Conférence internationale du Travail, Genève:
Rapport sur l'assurance-maladie, 1927.

Conférence internationale des unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie, Genève:
Rapports pour 1930 et 1934.

La Mutualité romande:
Rapport de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande pour 1941, Lausanne, No 6, 1942.

Rapport de la Caisse de réassurance pour la lutte contre la tuberculose pour 1941, Lausanne, No 9, 1942.

4. Autres publications.

ANTONELLI Etienne
Guide pratique des assurances sociales, Paris, 1928.

COHEN Joseph
Incidence des charges de l'assurance, Revue intern. du Travail, Genève, 1929.

COX Alfred
Le service médical de l'assurance-maladie en Grande-Bretagne, Revue intern. du Travail, Genève, 1925.

FEREAUD Ferdinand
Introduction aux problèmes financiers de l'assurance sociale, Revue intern. du Travail, Genève, 1938.

HUNERWADEL Hans
Die Krankenversicherung, No 6, Berne, 1938.

KORKISCH K.
Les ressources financières de l'assurance sociale, Revue intern. du Travail, Genève, 1924.

KRZECZKOWSKI K.
Les assurances sociales et la législation internationale, Revue intern. du Travail, Genève, 1923.

MANES A.
Les prestations de l'assurance sociale, Revue intern. du Travail, Genève, 1925.

NIEDERER Edouard
L'assurance-maladie suisse: son présent et son avenir, rapport à la Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Genève, 1939.

PRIBRAM K.
L'assurance sociale en Europe et la sécurité sociale aux Etats-Unis: analyse comparative, Revue intern. du Travail, Genève, 1937.

Le problème de l'unification des assurances sociales, Revue intern. du Travail, Genève, 1925.

PIC P.
Les assurances sociales en France et à l'étranger, Paris, 1913.

REY Abel
La question des assurances sociales, Paris, 1925.

SCHNURRENBERGER Elsa
Die Ausgabensteigerung und ihre Bekämpfung in der schweizerischen sozialen Krankenversicherung, Affoltern im Albis, 1938.

SILBERNAGEL-CALOYANNI Alfred
Organisation politique, administrative et judiciaire de la Confédération helvétique et de chaque canton, Paris, 1936.

TIXIER A.
L'assurance-maladie devant la conférence internationale du Travail, Revue intern. du Travail, Genève, 1927.

WATT J.
La sécurité sociale et les travailleurs aux Etats-Unis, Revue intern. du Travail, Genève, 1938.

5. Périodiques.

Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande

Journal officiel de la Société suisse de secours mutuels Helvetia.

La Mutualité romande

Nouvelles danubiennes

INTRODUCTION

Les assurances sociales en général

A. Fonctions sociales et économiques des assurances sociales.

§ 1. Les fonctions sociales.

Le terme même d'assurances sociales permet de conclure à l'importance des fonctions de cette institution; toutefois, il peut être utile de préciser ces fonctions. [1])

L'existence de tout être humain est menacée de vicissitudes qui entraînent des risques possibles, mais que l'on ne saurait déterminer à l'avance; il incombe aux assurances sociales de protéger contre ces risques surtout un certain groupe d'individus qui se trouvent dans un état de dépendance économique.

Pour la masse des ouvriers et des employés et leurs familles, c'est le salaire qui constitue la base de l'existence. Leur capacité de travail est l'unique capital dont ils disposent; elle est en même temps la base de leur droit à un salaire dont dépend la vie matérielle du travailleur et de sa famille.

Or, la capacité de travail ne saurait être dissociée de l'individu; aussi convient-il de l'évaluer, non seulement du point de vue matériel, mais encore en tenant compte de son essence humaine.

---

[1]) Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Les fonctions sociales et économiques des assurances sociales, Rapport de la 7ème assemblée générale, Genève, 1937, p. 197 ss.

Dans le cours de la production, un grand nombre de risques menacent la capacité de travail, risques presque toujours imprévisibles et dont on ne peut que rarement déterminer à l'avance les effets. Il faut citer ici les maladies, les accidents, l'invalidité, la vieillesse, le décès prématuré et le chômage.

Toutes ces vicissitudes entraînent pour l'employé ou l'ouvrier infirmes ou chômeurs l'impossibilité de gagner le salaire nécessaire à son existence et à celle de sa famille.

Or, les salaires sont, en général, si bas qu'ils permettent à peine de subvenir aux besoins immédiats les plus modestes. Les cas sont bien rares où l'ouvrier est à même de faire des économies. Pour peu que se produise l'un des risques mentionnés plus haut, la diminution partielle ou totale de la capacité de travail s'aggrave de ce que le salaire vient à manquer. Ainsi, l'existence de l'ouvrier et de sa famille se trouve sapée à la base ou du moins sérieusement menacée [1]).

Il en résulte pour le travailleur une situation très instable et qui peut devenir extrêmement grave, lorsque se réalise l'un des risques considérés. Cette instabilité de l'existence préoccupe nécessairement la classe ouvrière et comporte de sérieux dangers pour l'Etat et la société. Il est évident, en effet, que les employés et les ouvriers constituent une très forte majorité dans l'ensemble de la société. Or, si ces groupes voient leur existence continuellement menacée et ont sans cesse sous les yeux la misère qui les guette, cet état de chose est gros de risques, non seulement pour les groupes directement en cause, mais encore pour la société toute entière.

Aussi la tâche s'impose-t-elle de parer aux vicissitudes de l'existence du travailleur, au danger d'une interruption de son gain et à la menace que constitue une

---

[1]) Bureau international du Travail: L'organisation économique des prestations médicales et pharmaceutiques dans l'assurance-maladie, Genève, 1938, p. 8.

telle interruption pour la vie quotidienne des intéressés. Les employeurs ne consentant pas à continuer de payer les salaires aux travailleurs devenus indisponibles, il a fallu s'engager dans une autre voie, celle des assurances sociales.

Or, les assurances sociales garantissent aux travailleurs la revendication, fondée en droit, d'une compensation pour le salaire que leur font perdre l'incapacité de travail ou le chômage et, par cette compensation, une existence si modeste soit-elle. Les assurances sociales accomplissent, de ce fait, une fonction sociale d'une haute importance.

En effet, les assurances affaiblissent ainsi les tensions sociales, elles font tarir la source la plus vive des troubles politiques et permettent à la société et à l'Etat de suivre un paisible développement.

Les assurances sociales assument également une fonction importante étant données les transformations qu'a subies l'évolution sociale au cours de ces dernières années.

Le phénomène le plus caractéristique de cette évolution est la transformation de la classe ouvrière moderne. Les membres de cette dernière n'ont souvent plus la possibilité de s'élever à une existence économique indépendante et sûre. A cet état de chose, les assurances sociales offrent une compensation: l'assurance-vieillesse et l'assurance-décès [1]).

Lors de la transformation des bases légales et économiques de la vie actuelle, la classe ouvrière a, il est vrai, acquis maints droits nouveaux et obtenu une certaine égalité des droits. Mais, de ce fait même, des relations - telles qu'elles existaient sous le régime des corporations - sur lesquelles s'appuyait autrefois l'existence des travailleurs ont été brisées et ceux-ci en ont été réduits à leurs seules forces. La classe ouvrière a

---

1) Manes A.: Les prestations de l'assurance sociale, Revue intern. du Travail Genève, 1925, p. 645.

cherché à lutter par ses propres moyens contre les risques de maladie, d'accidents, de vieillesse, etc. Mais il lui a fallu reconnaître que ces moyens étaient insuffisants à assurer une aide efficace. Stimulés par la volonté de la classe ouvrière, les Etats modernes ont reconnu l'obligation où ils se trouvaient de créer, par des mesures législatives, un système d'assurances sociales. Or, en instituant les assurances sociales et en les fondant sur le droit public, l'Etat y a reconnu une fonction qui lui incombe, à lui et à la collectivité, fait d'une haute importance sociale puisqu'il implique, pour l'Etat et la société, l'obligation de prendre des mesures utiles contre la paupérisation de la classe ouvrière.

Dans certains Etats, deux principes de l'assurance sociale en relèvent d'une façon très nette les fonctions sociales. C'est tout d'abord l'obligation où se trouvent les employeurs de contribuer aux frais de l'assurance; c'est ensuite l'aide financière de l'Etat qui intervient dans la plupart des pays pour l'assurance-maladie, l'assurance-accidents, l'assurance-chômage et l'assurance-vieillesse. Ces deux principes expriment le souci de ne pas abandonner les travailleurs à leurs propres ressources mais, dans certains cas et pour certaines assurances, d'obliger les employeurs, en tant que représentants de la production, et l'Etat, en tant que garant des intérêts de la collectivité, à prendre une part active aux efforts visant le bien-être des travailleurs.

Cet exposé démontre que, protégeant les assurés contre les vicissitudes de l'existence, assurant leur entretien, écartant d'eux de graves soucis et compensant les conséquences dommageables de l'évolution sociale, tenant compte de la volonté de la classe ouvrière qui tente d'obtenir une aide efficace avec celle des employeurs et de l'Etat, les assurances sociales remplissent des fonctions sociales de la plus haute portée.

§ 2. Les fonctions économiques.

Il est souvent malaisé d'établir une distinction nette entre les fonctions économiques des assurances sociales et leurs fonctions sociales. Les mesures tendant à empêcher la paupérisation du travailleur frappé par les vicissitudes de l'existence ont en même temps une portée économique [1]).

Les assurances sociales permettent aux travailleurs qui ont perdu leur capacité de travail ou leur emploi, de se maintenir à un certain niveau d'existence, si modeste soit-il. Sans les assurances sociales, les travailleurs se verraient obligés de se dessaisir de leur mince avoir, et cela serait très grave au point de vue de l'économie générale.

Les assurances sociales assument aussi une importante fonction dans le cadre de l'économie nationale: ce sont elles qui conservent dans une large mesure le pouvoir d'achat de la population assurée, pouvoir ébranlé par les vicissitudes de l'existence et, de plus, sa capacité de travail.

Il est certain que le salaire constitue un élément qui n'est pas sans influencer les conditions du marché. Toute diminution de la somme totale des salaires se reflète dans un décroissement des industries qui fournissent les produits de première nécessité, et aussi dans un recul de l'ensemble de la fabrication des produits de consommation directe. Lorsqu'un travailleur perd sa capacité de travail ou son emploi, ce n'est pas seulement un individu qui est privé de son salaire, c'est encore l'économie toute entière qui perd un consommateur.

Or, lorsque les assurances sociales interviennent, leurs indemnités rétablissent une portion considérable du pouvoir d'achat. Les indemnités versées, c'est exclu-

---

[1]) Féreaud Ferdinand: Introduction aux problèmes financiers de l'assurance sociale, Revue intern. du Travail, Genève, 1938, p. 3.

sivement le marché qui en profite. Il serait certainement intéressant d'examiner l'effet qu'aurait sur les marchés et sur la production la suspension soudaine des payements qu'effectuent les diverses branches d'assurances sociales.

Le premier souci des assurances sociales est de rétablir le plus rapidement possible la capacité complète des assurés. De plus, par la protection de la femme et des enfants et par la lutte contre les maladies sociales, comme la tuberculose, les assurances assument une tâche préventive dans l'intérêt, non seulement des assurés, mais encore de la santé publique.

A l'égard de l'ouvrier, les assurances sociales remplissent une fonction économique importante en ce qu'elles le mettent à même, par le rétablissement de sa capacité de travail, de reprendre complètement son emploi et de gagner un salaire normal. Par là, les assurances conservent à l'économie nationale le facteur le plus important de la production: l'énergie humaine.

Dans les pays où les employeurs sont mis à contribution, ces derniers avancent fréquemment l'argument que les frais des assurances sociales constitueraient une entrave au développement économique, et parlent de „charges sociales". A l'encontre de cet argument, on peut définir comme faisant partie des frais de production la somme totale des salaires qu'un ouvrier moyen gagne dans l'ensemble de ses années de travail; cette somme devrait suffire non seulement à subvenir à l'existence du travailleur pendant ses années de travail, mais encore à couvrir le capital investi constitué par les années d'enfance et de jeunesse, et les dépenses pour les périodes improductives de maladie, de vieillesse et de chômage involontaire.

Il est hors de doute que cette manière de voir est la bonne. Les frais des assurances sociales doivent être considérés comme frais de production et non pas comme une charge étrangère à cette dernière. Tout em-

ployeur tiendra compte, dans le calcul de son prix de revient, des frais d'entretien et d'amortissement de ses installations; des considérations de la même nature, strictement commerciales, serviront de fondement aux exigences relatives au maintien de la capacité de travail qui ne saurait être dissociée de l'existence du travailleur. Si, du point de vue économique, il est justifié que la production supporte les frais de l'entretien et de l'alimentation des installations matérielles, la même règle doit s'appliquer aux individus qui mettent leur capacité de travail au service de la production.

Ainsi, ce que l'on désigne à tort par charges sociales n'est autre chose que frais de production, et le maintien de l'activité productive exige que ces frais soient dûment couverts.

Il ne faut pas oublier que, même avant l'ère des assurances sociales, la production était grevée de frais de cet ordre. Déjà au moyen âge, les maîtres artisans devaient prendre soin de leurs compagnons malades; au début du régime capitaliste, les gouvernements durent, par les règlements relatifs aux divers états: règlement des gens de mer, des mines, des corps de métier, etc., prendre l'initiative d'imposer aux propriétaires des mines, aux fabricants, aux négociants et aux artisans de secourir leurs employés en cas de maladie ou d'accident. Il est un autre fait important qu'il convient de rappeler ici; dans de nombreux pays, la loi imposa aux employeurs la responsabilité civile des accidents, ce qui entraînait fréquemment des litiges coûteux, et pour l'employeur, le payement de lourdes indemnités.

L'aide au travailleur invalide fut introduite parce qu'après de longues luttes, on finit par admettre que les droits du travailleur naissaient de sa participation même au processus de la production.

Si donc on a admis, dès un temps lointain déjà, qu'il convenait de charger les employeurs d'une part des frais d'entretien ou de rétablissement de la capacité de

travail des individus employés par eux, il en résulte qu'il est légitime que les employeurs assument aujourd'hui encore une partie des frais de cette nature.

Il faut d'ailleurs insister sur le fait que, de nos jours, les assurances sociales libèrent les employeurs de leur responsabilité civile. Tout employeur trouve son intérêt à subvenir aux frais des assurances sociales par des contributions plutôt que par des indemnités fixées à la suite d'un litige sur la responsabilité civile. Par là, les assurances sociales exercent, du point de vue patronal aussi, une importante fonction économique.

Les assurances sociales sont nées des efforts faits par les travailleurs en vue d'une entr'aide mutuelle. Plus tard, là où est intervenue la règlementation législative des assurances sociales, cette règlementation a non seulement adopté le principe de la mutualité, mais elle a de plus donné un caractère obligatoire pour amener chaque travailleur à verser sa contribution et pour éviter qu'il ne perde le bénéfice économique des assurances sociales par son insouciance ou son manque de réflexion.

Les travailleurs ont reconnu depuis longtemps que, même s'ils ne touchent que de faibles salaires, ils doivent en réserver une part pour les assurances sociales. Les employeurs doivent reconnaître de leur côté que leur participation a le caractère d'une obligation morale et aussi d'une nécessité économique.

D'autre part, la contribution aux frais des assurances sociales ne sera jamais aussi lourde que les frais d'assistance. (Aux Etats-Unis, les frais de l'assistance ont imposé à l'Etat et à l'économie nationale des charges bien plus onéreuses que celles d'un système d'assurances établi à temps).

Du point de vue économique, il est évident que les assurances sociales tiennent compte, dans leurs prestations, des ressources dont elles disposent. Elles doivent toujours, et en tout état de cause, subvenir à leur fonction, soit de donner à l'assuré l'aide qui lui est

nécessaire; toutefois, l'on se gardera de trop exiger d'elles. Les travailleurs s'en rendent parfaitement compte, car ils seraient les premiers à porter la charge d'exigences excessives. Une administration économe, une rétribution suffisante mais point exagérée des services médicaux et pharmaceutiques, voilà les directives qu'observeront strictement les institutions chargées de la gestion des assurances sociales.

Il est certain, d'autre part, que l'utilisation des réserves des diverses institutions d'assurances sociales prend une grande importance économique. Le placement de ces réserves en emprunts publics peut servir à des fins économiques précises; bien plus, dans de nombreux cas, ces réserves sont mises au service d'efforts qui visent le redressement de l'économie nationale.

Ainsi donc, les assurances sociales exercent d'importantes fonctions économiques tant du point de vue des travailleurs que de celui des employeurs, mais elles assument également d'utiles fonctions dans le cadre de l'économie nationale, activité dont bénéficient, dans une égale mesure, les travailleurs et les employeurs.

En résumé, nous pouvons constater que les assurances sociales remplissent d'importantes fonctions sociales notamment:

— par la protection qu'elles accordent aux assurés en cas de réalisation des risques de l'existence, tels que les maladies, les accidents du travail, l'invalidité, la vieillesse, le décès prématuré et la perte d'emploi;

— par la garantie de la subsistance et la tranquillité morale qu'elles donnent aux employés et ouvriers, ainsi qu'à leurs familles, en diminuant par là les tensions sociales et en permettant une évolution sociale exempte de troubles;

— par la compensation qu'elles permettent d'obtenir des conséquences sociales du développement industriel en couvrant les risques d'invalidité, de vieillesse et de décès prématuré.

Les assurances sociales remplissent d'autres fonctions sociales importantes, du fait qu'elles réalisent la volonté des ouvriers et des employés qui désirent obtenir des droits nettement établis par l'entr'aide mutuelle organisée par la loi, — ainsi que du fait de la contribution patronale et des subventions des pouvoirs publics.

Enfin, les assurances sociales permettent aux employés et ouvriers de bénéficier des prestations en nature, qu'ils ne seraient pas à même de se procurer par leurs propres moyens.

Les assurances sociales remplissent d'importantes fonctions économiques,

— par la sécurité qu'elles donnent aux employés et ouvriers pendant les périodes d'incapacité de gain et de chômage;

— par le rétablissement et le maintien de la capacité productrice des travailleurs, et en conservant, au profit de l'économie nationale, les capacités de consommation des travailleurs.

Les assurances sociales remplissent en outre une importante fonction économique par leur action préventive dans le domaine de la protection maternelle et infantile, et par leur participation à la lutte contre les maladies sociales. De ce fait, les assurances sociales sont devenues un élément essentiel de l'hygiène publique.

Les contributions patronales aux assurances sociales forment, au point de vue économique, une partie intégrante des frais de production, et elles se substituent partiellement à la responsabilité civile qui incomberait à l'employeur en l'absence des assurances sociales.

Les subventions des pouvoirs publics, que nous traiterons dans un prochain chapitre, représentent une compensation adéquate pour les dépenses d'assistance sociale indispensables et qui seraient plus élevées à défaut d'un système d'assurances sociales.

Enfin, en investissant leurs fonds dans des entreprises d'intérêt public ou qui visent la création de

nouveaux emplois, les caisses d'assurances sociales assument une fonction économique de grande portée.

Les fonctions sociales et économiques des assurances revêtent une importance telle, qu'aucune collectivité nationale ne saurait se dispenser d'instaurer un système d'assurances sociales.

Il est fâcheux que la nécessité de l'assurance sociale ne soit pas unanimement reconnue. Nombre de personnes défendent encore l'idée que chacun doit être l'artisan de son avenir et que les assurances tuent l'esprit d'économie chez les particuliers. Cette manière de voir est incompréhensible en un temps où les difficultés économiques se multiplient et où la majeure partie de la population n'a que de faibles ressources. Il est impossible à beaucoup de gens de constituer des réserves assez importantes pour se prémunir contre tous les coups du sort. L'assurance sociale peut seule, contre le payement de primes modestes, procurer aux assurés l'aide financière dont ils ont besoin en cas de sinistre.

L'assurance sociale elle aussi postule chez l'homme l'esprit d'économie et la volonté de se garantir contre les évènements dommageables. Ses différentes branches ont donc une grande importance économique et c'est à juste titre que l'on peut voir en elle un élément constitutif de la richesse et du bien-être du peuple.

B. Les assurances sociales.

§ 1. Nécessité des assurances sociales. [1])

Les années de crise ont infligé une dure leçon à l'humanité imprévoyante. Celle-ci a payé cher son impréparation, l'insuffisance de son organisation préventive.

---

[1]) Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Règlementation internationale des assurances sociales, Rapport de la 7ème assemblée générale, Genève, 1937, p. 139 ss.

La sécurité de la condition des travailleurs est apparue si précaire que des mesures de protection collective se sont imposées d'urgence. C'est alors que nous avons vu des Etats, jusque-là réfractaires à l'idée des assurances sociales, s'y rallier.

Aujourd'hui, la nécessité des assurances sociales est mieux comprise dans tous les pays. Le maintien de la civilisation industrielle n'est plus concevable sans une vaste organisation sociale mettant les travailleurs et leurs familles à l'abri des privations. L'accroissement de la productivité, dont dépend le progrès dans l'ordre matériel, demeure subordonné à une meilleure répartition des capacités d'achat entre tous les membres de la collectivité. Les risques dont sont entourés les travailleurs doivent être, autant que possible, prévenus et, en cas de réalisation, compensés par l'assurance. Le principe de l'action systématique à mener sur le double plan de la prévention et de l'intervention compensatrice n'est plus contesté. Et c'est au prix d'une douloureuse expérience que l'idée de la protection collective l'emporte sur l'imprévoyant fatalisme.

§ 2. Consolidation des assurances sociales.

Les organismes d'assurance font partie intégrante de l'économie nationale, qui les alimente et qui bénéficie, à son tour, des capacités de production et de consommation accrues et mieux réparties par l'assurance. L'augmentation du volume de la production et le relèvement du commerce et des transports qui se sont, au cours de ces dernières années, affirmés dans la plupart des pays, réagissent favorablement sur la marche des institutions d'assurance:

a) l'effectif cotisant des caisses d'assurance ne diminue plus;

b) l'équilibre budgétaire est établi dans la plupart des systèmes d'assurance-maladie. Mais, fréquemment, et ceci de plus en plus, nous cons-

tatons à regret que ce résultat n'est obtenu qu'au prix de compressions et de réductions affectant les taux et les conditions d'attribution des indemnités de maladie, ou uniquement grâce aux subventions.

Les systèmes d'assurance-invalidité-vieillesse, qui doivent former des réserves pour pouvoir faire face à leurs charges normalement progressives, sans augmenter les cotisations ni diminuer les prestations, devront combler les moins-values de recettes qu'ils ont subies dans les années de dépression économique et de chômage. Il est des pays qui, d'ores et déjà, se sont courageusement attelés à la tâche en organisant, avec une intervention financière de la collectivité, l'amortissement échelonné, mais total, des pertes que l'assurance à long terme n'a pu éviter au cours de la crise.

§ 3. Extension et élargissement des assurances sociales.

Les assurances sociales se sont rapidement adaptées aux nécessités créées par la transformation de la structure économique et sociale, et elles continuent à défendre, dans des conditions nouvelles, l'existence et la santé des assurés et de leurs familles. Elles reprennent leur marche en avant pour garantir aux travailleurs à revenu faible et incertain une suffisante capacité de consommation, et pour les protéger contre les risques de l'existence.

A. Dans l'ordre législatif, l'extension de l'assurance sociale à des groupes non encore protégés a été obtenue dans quelques pays, mais, dans bien d'autres, des professions entières, et notamment les professions agricoles, demeurent en dehors du champ d'application de l'assurance, qui est, par ailleurs, souvent restreint par un salaire-limite trop bas et par des exceptions trop larges. D'autre part, si, au cours des dernières années, l'assurance-maladie s'est rapidement généralisée, les risques de vieillesse et d'invalidité prématurée ne sont pas

encore couverts dans tous les pays, et il en résulte des privations injustifiées pour les travailleurs définitivement éliminés de la vie active.

B. L'assurance doit protéger les assurés et leurs familles. Tous les régimes d'assurance-maladie-maternité récemment établis reconnaissent le caractère familial de l'assurance et interviennent en cas de maladie ou de maternité de la femme de l'assuré. Cependant, l'action préventive et curative des organismes d'assurance n'est ni suffisamment pénétrante, ni assez intense pour accroître la résistance de la famille ouvrière contre les facteurs morbides et pour relever l'hygiène du foyer familial. D'autre part, les survivants des travailleurs prématurément décédés ne sont efficacement protégés que dans les pays ayant établi de véritables systèmes de pensions de veuves et d'orphelins, alors que, dans les autres, le décès du chef de famille expose ses survivants à des souffrances certaines.

C. Le volume de la production industrielle s'est accru ces derniers temps dans la plupart des pays, et certains Etats, dont l'industrialisation est d'origine récente, ont même dépassé les chiffres de production de 1929. La résorption du chômage est malheureusement beaucoup plus lente, et la mécanisation très poussée de la production diminue le nombre d'emplois. Dans la plupart des pays, les chômeurs demeurent nombreux, et il est indispensable de leur procurer l'assistance médicale, de maintenir et d'améliorer leurs droits à la pension d'invalidité et de vieillesse. D'autre part, le rythme du travail s'accélère et implique une tension nerveuse et musculaire à peine tolérable. Seuls les travailleurs robustes et totalement valides peuvent compter sur une réintégration durable. Ceux que le développement industriel rend inemployables ne peuvent trouver refuge qu'auprès des institutions d'assurances. Une nouvelle économie des forces humaines s'ébauche; elle tend notamment à l'abaissement de la limite d'âge pour l'ad-

mission à la pension de vieillesse; à l'élimination du processus industriel des assurés d'âge avancé qui ne peuvent soutenir les impitoyables exigences de la mécanisation et du travail par équipe; à l'interdiction ou, du moins, à la restriction du cumul d'emplois assurables et des pensions d'assurance, pourvu que ces dernières fournissent les ressources nécessaires à l'existence.

D. L'organisation administrative de l'assurance se perfectionne. Dans plusieurs pays, la concentration des caisses-maladie a fortement progressé au cours des dernières années, et les méthodes de collaboration dans l'action préventive et curative ont été mises au point. Des liens organiques ont été établis entre l'assurance-maladie et l'assurance à long terme, et certains pays sont même parvenus à créer un système d'assurances administrativement unifié, tout en maintenant la séparation financière des risques couverts.

Tous les moyens susceptibles d'augmenter le rendement de l'assurance doivent être mis en action pour étendre et intensifier la protection des assurés et de leurs familles. Un long effort d'organisation sociale reste à accomplir. Il ne pourra l'être sans la participation effective de ceux qui sont le plus directement intéressés au fonctionnement de l'assurance.

CHAPITRE I.

Les institutions d'assurance-maladie [1]

§ 1. Les problèmes qui se posent.

L'assurance-maladie a essentiellement pour but de substituer à la responsabilité individuelle la responsabilité d'un groupe ou d'une collectivité assureur qui supplée à la perte des revenus et supporte l'accroissement des dépenses qu'entraîne la maladie.

La mise en marche du système d'assurance exige donc la formation préalable de la collectivité-assureur. Quels sont les principes d'organisation suivis lors de la formation des institutions d'assurance, et quelles sont les règles d'affiliation que doivent observer les individus appelés à bénéficier de l'assurance? Les institutions d'assurance remplissent une mission d'utilité publique, d'où l'obligation pour l'Etat de n'admettre aux opérations d'assurance que des institutions dûment constituées et gérées.

D'autres problèmes d'organisation se posent. Les institutions d'assurance sont dotées d'organes devant exprimer et réaliser leur volonté. Les membres composant ces organes sont, en général, désignés par un vote, direct ou indirect, des intéressés. Alors la gestion de l'institution est autonome, parce qu'elle est assumée par des représentants des intéressés. Mais elle subit parfois l'influence de l'Etat intervenant dans le choix

[1] Conférence internationale du Travail: L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 51 ss.

des organes; elle est, en tout état de cause, soumise à son contrôle quant à la légalité de sa gestion.

Les législations rendent les mêmes institutions d'assurance responsables de l'organisation du service des prestations en espèces et des prestations en nature. Le malade s'adresse, par conséquent, à la même institution, quel que soit le genre d'institution auquel il s'adresse. Seuls les systèmes britannique et irlandais ont établi, à côté des sociétés approuvées chargées du service des prestations en espèces, des organismes spéciaux, les commissions d'assurance, appelées à administrer dans leur circonscription les prestations en nature — solution dictée par l'absence d'institutions d'assurance à base territoriale; ici donc, le malade a affaire, selon le cas, à la société approuvée ou à la commission d'assurance. Malgré cette dualité d'organes chargés du service des prestations, il existe un seul système d'assurance dont les sociétés approuvées et les commissions d'assurance font partie avec des attributions différentes [1]).

§ 2. Principes d'organisation.

a) Caisses mutualistes.

Les premières institutions d'assurance-maladie sont dues à l'initiative d'individus qui, sans chercher aucun bénéfice, s'associent en vue de s'entr'aider mutuellement en cas où l'un ou l'autre serait atteint par la maladie ou un sinistre. La condition sociale, la profession ou le domicile n'entrent pas en ligne de compte, la caisse mutualiste accueillant tout individu désireux de participer à l'oeuvre de solidarité sociale. Telle est la forme mutualiste caractéristique, notamment pour les pays latins. Dans les pays anglo-saxons, plus particulièrement en Grande-Bretagne, la mutualité issue de l'initiative

---

[1]) Cox Alfred: Le service médical de l'assurance-maladie en Grande-Bretagne, Revue intern. du Travail, Genève, 1925, p. 671.

de particuliers qui veulent se prémunir contre le risque de maladie, est suivie de près par une mutualité due à l'intervention des compagnies d'assurance privées, qui s'attachent à créer, à côté de branches d'assurance exploitées dans un but lucratif, des sociétés d'assurance mutuelles ne visant aucun bénéfice.

b) Caisses professionnelles.

L'organisation mutualiste doit, dès la première heure, céder du terrain à l'organisation professionnelle de l'assurance. Il paraît même que la toute première base de la prévoyance collective contre la maladie fut professionnelle. Les caisses syndicales, d'entreprises, de corporations des métiers, et les diverses caisses réservées aux assurés des catégories professionnelles spéciales, reposent toutes sur la base professionnelle. La force de certains types de caisses professionnelles, notamment celles des grandes entreprises de transports et des exploitations minières, réside dans le fait qu'elles offrent à leurs assurés des avantages particuliers qu'une caisse inter-professionnelle ne pourrait garantir.

c) Caisses territoriales.

A côté de la caisse mutualiste et professionnelle, apparaît la Caisse territoriale. Instituée d'abord généralement comme une sorte de caisse complémentaire devant recueillir ceux qui n'ont pas été admis dans les caisses mutualistes ou professionnelles, la caisse territoriale prend de l'importance avec l'extension de l'assurance-maladie. Elle devient prédominante dans les pays de l'Europe centrale et orientale, où l'assurance-maladie est appelée à comprendre toutes les catégories de la population salariée. Elle couvre le territorire de l'Etat d'un réseau d'organes-assureurs facilement accessibles. Si la caisse territoriale est interprofessionnelle et si elle ne demande pas aux professions qui sont plus avantagées que les autres le maximum d'effort qu'elles

pourraient fournir, elle établit une compensation et, par là, une solidarité entre les branches professionnelles les plus diverses.

L'organisation territoriale paraît indispensable lorsque l'évolution commande aux institutions d'assurance de placer au premier plan de leurs préoccupations les prestations en nature, notamment une assistance médicale correspondant au degré de la science et de la technique médicales. Le système d'assurance-maladie britannique qui, pour le domaine des prestations en espèces, n'a fait que transformer la mutualité libre en mutualité obligatoire, en fournit un exemple: l'organisation du service médical de l'assurance-maladie, séparée de l'administration des indemnités pécuniaires, incombe à des organismes spéciaux, les commissions d'assurance reposant sur la base territoriale.

CHAPITRE II.

Le champ d'application de l'assurance-maladie. [1]

A. Les catégories d'assurés.

Le besoin d'une assurance contre la maladie est ressenti par tous les individus socialement faibles et particulièrement par les salariés qui vivent principalement ou exclusivement du produit de leur travail.

Le développement de l'assurance-maladie montre une tendance à englober tous les salariés. Pourtant, dans beaucoup de législations nationales, des limites subsistent à cette formule générale. Nous examinerons ces limites qui visent entre autres la nature de l'activité professionnelle et certaines qualités personnelles du salarié.

§ 1. Industrie et commerce.

L'assurance-maladie obligatoire est le plus solidement établie dans les deux branches d'activité professionnelle qui occupent le plus grand nombre de salariés: l'industrie et le commerce. Des caisses d'assurance-maladie à base d'obligation ont été fondées d'abord pour le personnel des exploitations minières et des grandes entreprises de transport. Puis, l'intervention législative imposant l'obligation d'assurance contre la maladie s'est généralisée et étendue au personnel de toute entreprise industrielle et commerciale. Nous donnons ci-dessous

[1]) Conférence internationale du Travail: L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 17 ss.

la série déjà longue des premières lois nationales qui ont soumis à l'obligation d'assurance l'ensemble du salariat industriel et commercial.

Allemagne	1883, 1885
Autriche	1888
Tchécoslovaquie	1888
Hongrie	1891
Luxembourg	1901
Norvège	1909
Royaume des Serbes, Croates et Slovènes	1910
Grande-Bretagne	1911
Irlande	1911
Roumanie (industrie et métiers)	1912
Bulgarie	1918
Portugal	1919
Pologne	1920
Japon (industrie seulement)	1922
Russie	1922
Grèce	1923
Chili	1924

Depuis la promulgation de ces premières lois, il n'y a eu nulle part aucun recul, aucun rétrécissement du champ d'application, en ce qui concerne l'industrie et le commerce. Dans ces conditions, il n'apparaît point qu'il faille songer à établir des limites relatives à ces deux dernières branches d'activité professionnelle.

§ 2. Agriculture. [1]

Dans l'agriculture, la pénétration de l'assurance-maladie obligatoire s'est faite moins rapidement. Longtemps, les salariés de l'agriculture et des branches de production similaires n'ont pas joui d'un régime de travail et de vie comparable à celui des salariés indus-

---

1) Tixier A.: L'assurance-maladie devant la Conférence internationale du Travail, Revue intern. du Travail, Genève, 1927, p. 812.

triels. A mesure que les relations entre l'ouvrier agricole et son employeur perdaient leur caractère patriarcal, le besoin de protection sociale a grandi chez le premier.

Les lois d'assurance obligatoire en fournissent la preuve. Elles ont compris les salariés agricoles, soit d'emblée, soit par étapes successives dans le champ d'application. En Grande-Bretagne (1911), en Irlande (1911), au Portugal (1919), en Pologne (1920) et au Chili (1924), la première loi générale d'assurance obligatoire a étendu son action sur les salariés agricoles en même temps que sur les autres. Dans d'autres pays, l'agriculture, demeurée d'abord hors du champ d'application de la loi, n'y a été admise qu'après que l'assurance eût donné ses preuves dans l'application aux salariés industriels; tel fut le cas en Allemagne (1886 et 1911), en Norvège (1915), en Tchécoslovaquie (1919), en Autriche (1921), en Russie (1922) et en Bulgarie (1924). D'autres Etats encore, qui ont établi, ou tout au moins posé les bases d'une assurance obligatoire pour les salariés industriels, n'en ont pas doté le salariat agricole. Ce sont: l'Esthonie, la Grèce, la Hongrie, le Japon, la Lettonie, le Luxembourg, la Roumanie, le Royaume des Serbes, Croates et Slovènes.

§ 3. Travail domestique.

A ses origines, l'assurance-maladie ne couvrait pas, dans les Etats qui l'ont rendue obligatoire pour la grande majorité des salariés, les personnes travaillant dans le ménage de l'employeur sans participer à la production. Les gens de maison, astreints à un travail qui n'était pas bien déterminé, ni en quantité, ni en qualité, obtenaient une certaine compensation à cette sorte d'état de sujétion dans le fait que le chef du ménage se trouvait dans l'obligation, soit légale, soit morale, de pourvoir aux besoins des domestiques malades. Par la suite, le besoin s'est fait sentir de leur accorder une protection plus efficace en les mettant

au bénéfice de la législation protectrice du travail et d'assurance sociale. Les pays d'assurance ouvrière générale, tels l'Allemagne, l'Autriche, la Bulgarie, la Grande-Bretagne, l'Irlande, la Norvège, le Royaume des Serbes, Croates et Slovènes, la Tchécoslovaquie ont compris les gens de maison parmi les assurés obligatoires.

Pour les systèmes d'assurance facultative, l'examen, par branche d'activité professionnelle, ne révèle pas des critères suffisamment nets. En principe, l'assurance facultative est ouverte à quiconque remplit les conditions générales d'admission, sans distinction de la branche d'activité professionnelle. Les origines très différentes des caisses de maladie libres ont des répercussions sur la composition professionnelle de leurs effectifs: les caisses organisées par les syndicats des salariés industriels comprennent exclusivement ou principalement des salariés de l'industrie, tandis que les caisses non professionnelles, telles que les caisses confessionnelles, communales ou autres caisses publiques, comptent des membres exerçant des activités professionnelles très variées.

Après l'examen des limites relatives aux branches professionnelles, il nous paraît important de noter qu'en règle générale, la qualité d'assuré est attribuée au salarié en tant qu'individu économiquement dépendant et non pas en tant qu'employé ou ouvrier d'une entreprise ou exploitation déterminée. C'est dire que, dans la grande majorité des législations, ni la nature de l'exploitation, ni son importance n'entrent — à moins d'une disposition contraire expresse — en ligne de compte pour délimiter le champ d'application de l'assurance-maladie.

De l'examen des législations d'assurance-maladie et des progrès réalisés notamment durant ces dernières années, l'impression se dégage que le champ d'application de l'assurance-maladie ne cesse de s'étendre. Plus particulièrement l'assurance obligatoire, destinée à ses

origines aux salariés de l'industrie et du commerce, tend de plus en plus à devenir une assurance ouvrière générale couvrant toutes les branches d'activité professionnelle. Il se peut, néanmoins, que dans l'esprit de tel ou tel gouvernement, l'assurance-maladie ne revête pas le même degré d'urgence pour les salariés des diverses branches professionnelles et que, même à l'intérieur d'une branche professionnelle déterminée, des délimitations soient jugées opportunes.

B. Les travailleurs assurés suivant leur qualité dans la profession.

Les branches d'activité professionnelle que couvre l'assurance-maladie étant fixées, il y a lieu d'examiner dans quelle mesure le caractère de l'emploi et la situation professionnelle et matérielle qui en résulte pour le salarié influent sur son besoin d'assurance. Dans sa branche professionnelle, le travailleur peut avoir à rendre des services d'employé ou des services d'ouvrier, qualifié ou non: d'autre part, le travailleur peut n'être qu'un apprenti ou volontaire, de formation encore incomplète. D'autres conditions de l'emploi peuvent entraîner pour le travailleur une situation spéciale au point de vue de l'assurance: par exemple, l'absence de tout contrôle de l'employeur sur le travailleur quand celui-ci est occupé à domicile. Enfin, la durée de l'emploi peut être aussi un facteur à considérer.

§ 1. Employés.

Toutes les législations d'assurance-maladie obligatoire reconnaissent le besoin d'assurance des employés. Mais toutes ne l'apprécient pas de la même façon. Un certain nombre de systèmes d'assurance, qui soumettent à l'obligation d'assurance l'ensemble des ouvriers manuels sans tenir compte de leur salaire, distinguent

parmi les employés certaines catégories qu'ils estiment assez fortes pour se prémunir elles-mêmes contre le risque de maladie sans y être contraintes. La rémunération, ou plus rarement le revenu global de l'employé, sert de critère de son besoin d'assurance. La limite de rémunération apparaît dans la législation en Allemagne (2700 marks par an), en Grande-Bretagne (250 livres sterling), en Hongrie (24 millions de couronnes par an), au Luxembourg (10.000 Fr. par an); la limite du revenu global apparaît en Norvège (6000 couronnes par an) *). Les autres législations d'assurance obligatoire n'établissent point de limite spéciale de rémunération ou de revenu pour les employés.

Dans l'assurance libre, qui n'est dans aucun pays limitée aux seuls salariés, la rémunération ou le salaire comme tels ne peuvent pas servir de critère au besoin d'assurance; c'est l'ensemble de la situation matérielle de l'individu qui détermine sa position en tant qu'assuré. En effet, certains systèmes d'assurance libre réservent les avantages du concours public aux personnes qui ne peuvent pas s'en passer, et limitent la faculté d'admission comme membres participant aux bénéfices de l'assurance, aux salariés à faibles ressources et aux indépendants se trouvant dans une situation matérielle analogue. Les employés ne jouissent, de ce fait, pas toujours de la faculté de s'assurer les avantages de membres participants.

§ 2. Ouvriers.

Aucune distinction n'est faite dans les systèmes d'assurance obligatoire quant à la qualification professionnelle des ouvriers travailleurs manuels. Les ouvriers qualifiés, les ouvriers mi-qualifiés, les manoeuvres sans aucune formation professionnelle spéciale font partie de l'assurance au même titre les uns que les autres. De

*) Ces chiffres ont été fixés en 1927.

même, l'obligation d'assurance doit jouer sans considération du salaire.

Pour l'assurance libre, nous avons déjà dit que certains systèmes attribuent la qualité de membre participant aux seules personnes que leur situation économique empêche de se prémunir efficacement contre le risque de maladie sans l'aide de la collectivité. Comme la limite de revenu ou de fortune établie à cet effet ne sera que rarement dépassée par les travailleurs manuels, il ne nous paraît pas nécessaire de poser une question spéciale relativement aux ouvriers.

§ 3. Apprentis.

Les apprentis, volontaires et autres personnes à formation professionnelle inachevée sont soumis à l'obligation d'assurance dans les pays d'assurance obligatoire. Leur inclusion dans le champ d'application de l'assurance-maladie des salariés est une reconnaissance anticipée de la situation économique dépendante qu'ils occuperont après l'achèvement de leur formation professionnelle. Elle est d'ailleurs logique puisqu'ils reçoivent, en échange de leurs services, sinon une rémunération, du moins l'instruction nécessaire pour achever leur formation.

En Allemagne, en Autriche, dans le Royaume des Serbes, Croates et Slovènes et en Tchécoslovaquie, sont obligatoirement assurées les personnes dont la formation professionnelle n'est pas terminée et qui travaillent pour le compte d'un employeur, même si elles ne reçoivent pas de salaire. Par contre, la loi britannique exige que l'apprenti, pour être assuré, reçoive une rémunération en espèces.

§ 4. Travailleurs à domicile.

Au sens de la loi fédérale sur le travail à domicile du 12 décembre 1940, est réputé „ouvrier à domicile, celui qui, dans son logement ou dans un autre lieu choisi par lui, travaille pour le compte d'un employeur

et contre salaire, soit seul, soit avec des membres de sa famille ou des tiers"; art. 2, lit. a [1]).

Mais bien des particularités de condition varient pour les travailleurs à domicile d'un pays à l'autre. Tous cela explique les divergences à leur égard des diverses législations sur l'assurance-maladie. Si la grande majorité des lois d'assurance ont une formule les admettant parmi les assurés obligatoires, les solutions positives accusent, dans les détails, bien des divergences; dans certains pays même, par exemple en Grande-Bretagne, des catégories déterminées de travailleurs à domicile peuvent être exclues par le pouvoir exécutif du cercle des assurés obligatoires. Les systèmes d'assurance ouvrière limitée n'assujettissent pas à l'obligation d'assurance les travailleurs à domicile, à la seule exception du système hongrois.

Pour les systèmes d'assurance libre qui ne font pas de différence entre les requérants salariés et indépendants, le travailleur à domicile est, en tout état de cause, admis aux mêmes conditions que tout autre requérant.

§ 5. Travailleurs engagés à titre temporaire.

Pour certains travailleurs, l'emploi est, soit par sa nature, soit par convention des parties, d'une durée particulièrement brève qui les distingue nettement des autres salariés: travailleurs saisonniers, occupés dans les entreprises dont l'exploitation est, par sa nature, limitée le plus souvent par le climat à certaines périodes de l'année, salariés travaillant successivement pour le compte de différents employeurs pendant une période dont la brièveté tient de la nature du travail ou à la convention des parties; travailleurs occupés à la fois et alternativement par plusieurs employeurs.

---

[1]) Loi fédérale du 12 déc. 1940 sur le travail à domicile, art. 2, lit. a.

Dans les systèmes d'assurance obligatoire, les travailleurs de ces trois catégories font, en général, partie du cercle des assurés obligatoires au même titre que les autres salariés, à condition, toutefois, que le travail rémunéré constitue la source habituelle de leur subsistance. Cette dernière condition exclut du cercle des assurés obligatoires les travailleurs accomplissant des travaux salariés à titre occasionnel ou en appoint à l'emploi qui assure essentiellement leur subsistance. L'application, d'ailleurs nuancée, de ces principes se trouve dans les législations allemande, autrichienne, britannique, norvégienne, polonaise et tchécoslovaque. La loi yougoslave, elle, tout en maintenant l'obligation d'assurance pour les travailleurs occasionnels et passagers, en prévoyait la levée par voie administrative.

C. Conditions relatives aux qualités personnelles des assurés.

Les législations nationales contiennent assez fréquemment d'autres restrictions qui ont trait non plus à la nature de l'activité professionnelle, mais au statut politique ou à la situation personnelle des travailleurs. Nous examinerons celles relatives à la nationalité, à l'âge et à la situation de famille.

§ 1. Nationalité.

Dans le domaine de l'assurance obligatoire, la nationalité ne joue plus de rôle, en général, pour la détermination du cercle des assurés. Le principe est souvent explicitement affirmé par la loi d'assurance, par exemple en Bulgarie, en Grande-Bretagne, dans le Royaume des Serbes, Croates et Slovènes et dans nombre d'autres pays. Ailleurs, il résulte de la situation généralement accordée aux étrangers par l'Etat. Cette si-

tuation n'implique d'ailleurs pas, pour les assurés de nationalité étrangère, la plénitude des bénéfices.

L'admission des étrangers souffre ou peut souffrir deux exceptions. La première vise les étrangers travaillant momentanément dans les districts frontières; son but est de donner certaines facilités administratives et aussi d'éviter aux étrangers en question d'avoir à supporter les charges sans obtenir les avantages de la situation d'assuré. La seconde exception se fonde sur la faculté que se réservent certains Etats de prendre des mesures de rétorsion à l'égard des étrangers relevant d'Etats qui n'accordent pas à leurs ressortissants l'égalité de traitement avec leurs propres nationaux. S'il était impossible d'obtenir l'abolition de toute représaille en matière d'assurance sociale, n'y aurait-il pas lieu de faire effort pour que les représailles n'entraînent point l'exclusion de l'étranger de l'assurance-maladie, — étant entendu que les restrictions qui demeureront admises à l'égard des étrangers leur permettront, en tout état de cause, de prendre part aux bénéfices essentiels de l'assurance.

Dans l'assurance libre, il n'existe, à notre connaissance, ni loi privant les étrangers de la faculté de postuler leur admission, ni loi interdisant aux caisses de les admettre. Les étrangers peuvent donc demander leur admission lorsqu'ils remplissent les conditions générales, mais la caisse n'est pas tenue d'y accéder. Il peut y avoir, et il y a souvent, une défaveur de fait pour les étrangers, la caisse décidant librement et sans appel dans les limites de son statut. Ainsi, l'assurance libre donne aux étrangers, malgré l'égalité de droit, infiniment moins de garanties que l'assurance obligatoire. Mais parfois, il y a même une défaveur de droit, par exemple lorsque la loi spécifie que l'admission ne peut être refusée au citoyen remplissant les conditions statutaires d'admission, tandis que le requérant étranger peut ne pas être admis, même s'il les remplit.

§ 2. Limites d'âge.

Certaines législations d'assurance-maladie prévoient des limites d'âge pour l'admission à l'assurance. Il y a là une présomption que le travail salarié ne peut être exercé comme source régulière de subsistance par des personnes n'ayant pas atteint ou ayant dépassé un âge déterminé. De telles limites se trouvent par exemple dans la législation britannique (16 et 70 ans), norvégienne (15 ans), portugaise (15 et 75 ans).

Les limites d'âge minimum et maximum qu'on rencontre dans l'assurance libre ont une signification différente. La limite minimum, par exemple celle de la loi belge (18 ans) implique qu'un mineur âgé de moins de 18 ans et non émancipé ne peut être admis dans la mutualité qu'avec le consentement de la personne qui exerce l'autorité paternelle. La limite d'âge maximum, comme celle de la loi danoise (40 ans), exclut l'entrée d'une personne ayant dépassé cet âge sans s'être assurée; elle peut être une défaveur, mais, d'autre part, elle oblige ceux qui veulent bénéficier de l'assurance de donner leur adhésion à temps.

§ 3. Situation du conjoint et des membres de la famille de l'employeur.

Les systèmes d'assurance-maladie obligatoire n'assujettissent généralement pas à l'obligation d'assurance le conjoint travaillant pour le compte de l'autre conjoint, fût-ce même contre rémunération. Les obligations de droit familial incombant au conjoint employeur paraissent donner assez de sécurité en cas de maladie de l'autre conjoint: d'où affranchissement du conjoint travaillant pour le compte de l'autre, que l'on trouve par exemple dans les systèmes allemand, autrichien, britannique et d'autres systèmes d'assurance ouvrière générale.

Les mêmes considérations n'interviennent pas de la même façon lorsqu'il s'agit des enfants et autres pro-

ches parents de l'employeur travaillant dans son entreprise ou ménage. Les solutions diffèrent. L'enfant travaillant pour le compte d'un ascendant contre rémunération en espèces, et ne vivant pas dans le ménage de cet ascendant, est tenu de s'assurer (par exemple en Grande-Bretagne et en Norvège), tandis que les enfants et parfois même les ascendants et les collatéraux sont affranchis ou peuvent s'affranchir de l'obligation d'assurance lorqu'ils ne reçoivent pas de rémunération fixée d'avance (par exemple en Allemagne, en Autriche, en Tchécoslovaquie).

CHAPITRE III.

Les modes de gestion des institutions d'assurance-maladie.

L'organisation de l'assurance-maladie dépend, dans une certaine mesure, des conditions nationales de chaque pays. Il est cependant possible de déduire des principes généraux et fondamentaux qui doivent être appliqués dans tout système d'assurance-maladie.

Parmi ces principes fondamentaux, il y a lieu de signaler les suivants: l'assurance-maladie doit être gérée par des institutions autonomes; ces institutions doivent être placées sous le contrôle des autorités publiques et ne poursuivre aucun but lucratif; les assurés doivent être appelés à participer à la gestion des institutions autonomes.

Si les principes énumérés sont déjà appliqués d'une façon presque universelle, il y a cependant quelques pays où il a été reconnu difficile ou impossible, en raison des conditions nationales et notamment du développement insuffisant des organisations professionnelles, de confier dès maintenant à des institutions autonomes la gestion de l'assurance-maladie et où l'Etat a assuré lui-même cette gestion par l'intermédiaire d'un service public [1]).

Il y a plusieurs modes de gestion des institutions d'assurance [2]):

a) gestion confiée exclusivement ou principalement aux assurés et aux employeurs;

[1]) Conférence internationale du Travail: L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 60 ss.

[2]) Conférence intern. du Travail, Gestion des institutions d'assurance-maladie, Rapport sur l'assurance-maladie, Genève, 1927, p. 269 ss.

b) gestion confiée exclusivement (en fait tout au moins) aux assurés avec, dans les deux cas, le contrôle des autorités publiques, et enfin

c) la gestion de l'Etat, par l'intermédiaire d'un service public (n'est actuellement en vigueur qu'en Bulgarie et, dans une certaine mesure, au Japon).

Il ne semble pas opportun de prescrire l'une de ces trois méthodes à l'exclusion des autres. Les deux premières méthodes, toutefois, ont un élément commun qui est la participation des assurés, et il faut insister sur la part prédominante que doivent avoir les assurés dans le cas du système mixte de gestion. Si l'on se reporte aux diverses législations nationales, on constate également que, d'après le système mixte, les assurés ont au moins la moitié des voix dans la gestion. On pourrait donc envisager le principe de la participation des assurés à la gestion, en leur attribuant au moins la moitié des voix.

Nous ne pensons pas qu'il soit indiqué de poser d'une façon absolue le principe de la gestion autonome des institutions d'assurance-maladie par les intéressés. Il est évident, en effet, que le succès de l'application de ce principe dans un pays déterminé dépend d'une très grande expérience des institutions sociales ainsi que du degré de développement plus ou moins grand de l'organisation des travailleurs et des employeurs. Dans certains pays où ce développement n'est pas encore achevé ou est encore à l'état embryonnaire, il serait sans doute extrêmement difficile d'instituer un système général d'institutions que les intéressés seraient appelés à diriger dès le début. Dans de telles circonstances, il semble évident que, dans l'intérêt des travailleurs eux-mêmes, la création et la gestion de ces institutions par l'Etat sont le plus sûr moyen de mettre le système en application et d'assurer son bon fonctionnement au moins pendant les premières années.

CHAPITRE IV.

Les ressources de l'assurance-maladie en général.

§ 1. Nature des ressources.

Le montant des ressources affectées à l'assurance-maladie par tête assurée est, soit fixe et uniforme pour tous les assurés, soit variable et proportionnel au salaire ou au revenu de chaque assuré [1]). En principe, la contribution est fixe et uniforme, quelle que soit la situation de l'assuré, dans les systèmes d'assurance libre et dans deux pays d'assurance obligatoire — la Grande-Bretagne et l' Irlande — où les prestations sont également uniformes. Dans toutes les autres législations d'assurance obligatoire, les contributions, aussi bien que les prestations en espèces, varient avec le salaire des assurés.

Lorsque la contribution est fonction du salaire, la loi peut en déterminer exactement le montant, comme en Russie et en Roumanie, ou laisser aux institutions d'assurance le soin de la fixer en se bornant à établir des limites. La limite maximum est fixée, par exemple, en Allemagne, à 10% du salaire de base, en Hongrie, à 6%, au Luxembourg, à 6,5% et dans le Royaume des Serbes, Croates et Slovènes, à 7%. Dans d'autres systèmes plus élastiques, la loi comporte non plus une limite rigoureuse, mais une moyenne qui n'a qu'une valeur indicative.

---

[1]) Conférence internationale du Travail: L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 68 ss.

Le problème du montant des ressources de l'assurance-maladie présente un très gros intérêt si l'on veut étudier le problème des charges sociales et spécifier, par exemple, un minimum ou une moyenne de ressources qu'un pays devrait affecter à l'assurance-maladie [1]).

Si l'on examine les systèmes des différents pays, on constate que la fixation des ressources de l'assurance fait l'objet de tractations et de compromis de la part des gouvernements. En général, après avoir établi le coût des prestations qu'on voudrait donner aux assurés et le montant des dépenses que l'on juge acceptable, on procède à des adaptations pour rapprocher les deux chiffres. La préoccupation qui domine les opérations d'ajustement est tantôt le souci d'une bonne couverture du risque et du bon rendement social de l'assurance, tantôt la volonté de limiter les charges imposées à la production et au budget public. La méthode est donc avant tout empirique, et le résultat auquel elle aboutit dépend, dans chaque pays, d'éléments très complexes de la vie nationale: composition de la majorité politique, état des finances publiques, situation de la production, forces respectives des organisations patronales et des syndicats ouvriers.

Les difficultés pratiques ne sont pas moindres. Ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, le montant des ressources par assuré est tantôt fixe et uniforme, tantôt variable avec le salaire; parfois, il est déterminé par la loi, mais le plus souvent, par les institutions elles-mêmes. Les contributions représentent une fraction du salaire assez variable selon les pays et même suivant les institutions dans un seul pays. Le salaire de base utilisé pour le calcul des contributions comporte, en général, des limites qui l'éloignent plus ou moins du salaire effectif. Enfin, la gravité du risque maladie et, par conséquent, les dépenses que sa couverture exige,

---

[1]) Korkisch K.: Les ressources financières de l'assurance-sociale, Revue intern. du Travail, Genève, 1924, p. 965.

varient selon les pays, d'après le climat, les conditions et le niveau de vie des travailleurs, le développement de l'hygiène, l'outillage sanitaire, la répartition professionnelle de la population, l'existence ou l'absence de systèmes d'une assurance-invalidité et d'une assurance-chômage.

§ 2. Combinaison des ressources.

La réunion des ressources nécessaires au fonctionnement de l'assurance-maladie soulève deux questions:

a) à qui doit-on demander de contribuer aux charges (assurés, employeurs, Etat) [1] et

b) dans quelle proportion ces charges doivent-elles être réparties entre les divers intéressés?

a) Un grand nombre de pays estiment que les charges de l'assurance devraient être réparties entre les assurés, leurs employeurs et l'Etat. Ces pays sont la Belgique, la Bulgarie, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grande-Bretagne, le Japon et la Lettonie. Ils sont d'avis que l'Etat doit participer aux charges parce que la société, dans son ensemble, tire certains avantages du fonctionnement des institutions d'assurance-maladie qui répandent les bienfaits de l'hygiène dans une grande partie de la population.

La plupart des autres pays estiment que les charges devraient être supportées exclusivement par les assurés et les employeurs sans aucune subvention de la part de l'Etat. [2] Ces pays sont l'Italie, le Luxembourg, les Pays-Bas. Ou bien, ces pays n'admettent la participation de l'Etat que dans des cas tout à fait exceptionnels, par exemple pour encourager les mesures prises par les institutions d'assurance en vue de combattre les maladies contagieuses (comme ce fut le cas pour

---

[1] Cohen Joseph: Incidence des charges de l'assurance, Revue intern. du Travail, Genève, 1929, p. 862.

[2] Féreaud Ferdinand: Introduction aux problèmes financiers de l'assurance sociale, Revue intern. du Travail, Genève, 1938, p. 4.

l'Autriche) ou dans des buts spéciaux et limités (Allemagne) ou seulement sous une forme indirecte, par exemple, pour préserver ou améliorer l'hygiène publique.

Cette diversité d'opinions correspond naturellement aux différences qui existent dans les systèmes actuellement en vigueur. Le principe des contributions patronales et ouvrières est presque universellement appliqué dans l'assurance obligatoire (comme seules exceptions on peut citer la Russie où les travailleurs ne participent pas aux charges, la Roumanie, ainsi que quatre cantons suisses — Bâle-Ville, St-Gall, Thurgovie, Appenzell Rhodes-Extérieures — où l'assurance est obligatoire mais où les employeurs ne versent aucune contribution); même dans les pays qui ont adopté le principe des contributions de l'Etat, la plus grande part des dépenses totales est supportée par les employeurs et les travailleurs. Par contre, le principe de la subvention de l'Etat n'est pas reconnu dans un grand nombre de pays ou l'est seulement dans une faible mesure dans quelques autres.

b) Quant au second point, à savoir dans quelle proportion les charges doivent être réparties entre les divers intéressés, chaque pays règle cette question de la façon qui lui paraît la mieux appropriée.

Il est de fait que la proportion dans laquelle les divers intéressés participent aux charges de l'assurance-maladie est très variable d'un pays à l'autre, tant dans le montant que dans la forme. Cette répartition ne semble d'ailleurs pas provenir de l'application de principes rigides tels que celui de la responsabilité lorsque le risque assuré se produit, ou celui des intérêts respectifs des assurés, des employeurs ou de la société dans le fonctionnement de l'assurance-maladie. En réalité, il semblerait que la question des ressources nécessaires à l'assurance-maladie est réglée au moment où le système entre en application par négociation et par compromis en tenant compte, au moment-même, des différents facteurs de la vie nationale du pays — l'état

des finances publiques, celui de la production, l'importance respective des organisations d'employeurs et de travailleurs, le niveau des salaires, etc. C'est pour cette raison qu'il est pratiquement impossible de combiner ces facteurs variables dans une formule unique, et que chaque pays conserve sa propre façon de concevoir et de répartir les charges résultant de l'assurance-maladie.

CHAPITRE V.

Le subventionnement de l'assurance-maladie en Suisse.

L'acceptation de la loi de 1911 a eu pour effet un développement considérable de l'assurance-maladie dans tous les cantons. Au moment de l'entrée en vigueur de la loi, on estimait le nombre des caisses à plus de 400 et l'effectif des membres à environ 330.000. Outre les caisses déjà existantes, il s'est fondé en Suisse un grand nombre d'institutions nouvelles. C'est à ce moment-là qu'apparaissent en particulier les grandes caisses intercantonales qui se créèrent grâce aux subventions fédérales et cantonales car, il faut le dire, les cantons contribuèrent pour une large part à favoriser aussi le développement de l'assurance-maladie, surtout parmi les enfants. Le total des subsides de la Confédération aux caisses-maladie a été de fr. 10.857.000 en 1940 [1]). A la fin de cette même année, il existait 1.147 caisses reconnues avec un effectif de 2.104.112 assurés, dont 867.041 hommes, 837.371 femmes et 399.700 enfants. Les caisses centralisées réunissaient 3.520 sections.

Il y a lieu de faire remarquer que l'introduction de l'assurance obligatoire dans plusieurs cantons contribua beaucoup à ce développement. L'encouragement à l'assurance par le système du subventionnement avait donc atteint son but, puisque, actuellement, la moitié environ de la population suisse est assurée. Toutefois, l'accrois-

[1]) Les chiffres cités dans cet exposé sont tirés de l'Annuaire statistique de la Suisse pour 1941, Bureau fédéral de statistique, Bâle, 1942.

sement des membres et les exigences de la Confédération en matière comptable, comme en matière de statistique, d'une part, les réserves exigées pour assurer la viabilité des caisses, d'autre part, ont eu pour effet de commercialiser l'assurance. D'oeuvre charitable et de société d'entr'aide, la mutualité s'est transformée en assurance où tout est régi par des règlements. Ce fait est spécialement constaté dans les grandes caisses suisses centralisées qui, pour être plus éloignées de leurs assurés, sont obligées de régler tous les cas à la lettre des statuts [1]). Cependant, la forme d'assurance actuelle a cet avantage que l'assuré a des droits à l'assurance et qu'elle ne saurait plus actuellement se contenter d'un simple geste charitable.

D'autre part, ces subventions ont été créées pour favoriser l'adhésion, dans les caisses-maladie, d'assurés pauvres qui, s'ils devenaient malades, tomberaient à la charge de l'assistance publique sans l'aide des sociétés de secours mutuels.

On croit facilement qu'étant donné les réserves que possèdent les caisses, celles-ci doivent être dans la possibilité de se passer de l'aide fédérale et cantonale. C'est là une erreur puisque l'équilibre financier des caisses-maladie est justement établi grâce aux subsides. Il est facile d'en donner quelques preuves.

1. Les subsides de la Confédération se sont élevés en 1940 à fr. 10.857.000; ceux des cantons, à fr. 3.413.000; ceux des communes, à fr. 2.540.000, ce qui fait un total de subsides de fr. 16.810.000. Or, de 1939 à 1940, la fortune des caisses-maladie a augmenté de 106.757.000 à fr. 109.843.000, soit de fr. 3.086.000. Sans les subsides, la fortune des caisses aurait donc subi une diminution de fr. 13.724.000.

2. La fortune totale des caisses s'élevait, en 1940, à fr. 109.843.000 pour 2.104.112 assurés. Cette fortune représentait donc une réserve de fr. 52,20 par membre.

---

[1]) Cf. p. 106.

L'année précédente, cette réserve s'élevait à fr. 51,57; par conséquent, on a enregistré une augmentation de réserve de fr. 0,63 par assuré.

3. Les cotisations des membres actifs, ajoutées aux différents subsides, aux contributions des employeurs, aux intérêts, au quart des soins médicaux et pharmaceutiques remboursé par les assurés, et aux autres recettes, se sont élevées en 1940 à fr. 99.747.000. La même année, les prestations pour l'indemnité de chômage, les soins médicaux et pharmaceutiques, les accouchées, les frais de décès, d'administration et autres, se sont élevées à fr. 95.646.000, soit un surplus de recettes de fr. 4.101.000.

4. Les dépenses des caisses s'élèvent en moyenne à fr. 45,45 par assuré et par année. Comme la réserve n'est que de fr. 52,20, il suffirait d'une grave épidémie ou de quelques mauvaises années pour que cette réserve s'épuise rapidement.

5. Le nombre des membres assurés a plus que doublé depuis quinze ans. Comme la plupart des caisses limitent l'adhésion à l'assurance à cinquante ans, la moyenne d'âge des assurés est encore relativement faible. Il n'en sera pas de même dans quelques années, ce qui accroîtra les risques à couvrir.

6. En 1914, il n'y avait que 93.772 femmes assurées. En 1940, il y en avait 837.371. Il est facile de comprendre que cette énorme augmentation constitue pour les caisses une forte aggravation de leurs risques.

7. En 1940, 839 caisses ont réalisé un bénéfice; par contre, les comptes de 361 autres caisses ont été déficitaires. Sept caisses ont balancé leurs comptes sans perte ni gain. Mais, sans les subsides, toutes les caisses-maladie devraient normalement boucler leurs comptes annuels par un déficit, ce qui entraînerait les mesures immédiates suivantes: une hausse des cotisations ou une baisse des prestations, éventuellement les deux à la fois. Or, grâce précisément aux subventions, certaines

de ces caisses réalisent un léger bénéfice ou, du moins, arrivent à combler partiellement ou totalement un résultat déficitaire.

On peut donc dire que si l'assurance-maladie se développe toujours plus en Suisse, ce résultat est en grande partie dû aux subventions. Ce n'est pas au moment où plus de 2 millions de personnes sont assurées en Suisse et où les caisses-maladie ont pris envers elles des obligations contractuelles formelles, qu'il est possible de supprimer ces subventions ou même de les réduire.

CHAPITRE VI.

L'assurance-maladie comme épargne. [1]

Pour celui qui n'a pas pris la précaution de s'assurer, en particulier pour celui qui n'a pour vivre que son gain journalier, une maladie de plus ou moins longue durée a vite fait de rompre l'équilibre financier d'un ménage, fut-il le plus économe. Les petites épargnes péniblement amassées sont bien vite absorbées, car il faut vivre, il faut faire face aux dépenses supplémentaires inhérentes à la maladie. Les économies envolées, le crédit épuisé, que reste-t-il sinon la misère?

Celui qui fait partie d'une société de secours mutuels ne connaît pas les soucis poignants de l'incertitude du lendemain, c'est pourquoi l'assurance-maladie peut être considérée comme une institution de prévoyance de tout premier rang. Certes, le payement mensuel et régulier d'une cotisation n'a, en lui-même, rien de bien attrayant, mais ce que l'on obtient de cette façon est quelque chose de grand, d'une haute portée morale et matérielle. Ce sacrifice minime procure l'intime satisfaction de ne pas gaspiller son argent, mais de l'employer au contraire à la réalisation d'une cause qui consiste à mettre les assurés à l'abri des conséquences néfastes qu'entraînent la maladie et les accidents. Les insouciants, les imprévoyants, que la maladie vient frapper, et qui n'ont d'autres ressources que leur gain journalier, tombent fatalement à la charge de leur commune ou de l'assistance publique [2].

---

[1] Journal officiel de la Société suisse de secours mutuels Helvetia, Zurich, 1940, No 3, p. 3 et 4.

[2] Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, La mutualité, formule d'épargne collective, Lausanne, 15 novembre 1939, No 11, p. 160.

L'assurance-maladie revendique pour elle le droit d'être considérée au même taux qu'une institution d'utilité publique ou de bienfaisance. Mais elle ne fait pas l'aumône puisque, du fait qu'ils payent une prime mensuelle, les affiliés ont le droit, consacré par la loi, de la mettre à contribution lors d'une maladie. Là est précisément la distinction à établir entre les qualificatifs de „bienfaisance" et d'„assurance".

L'affiliation à une bonne société de secours mutuels, présentant toutes les garanties de sécurité, est un geste que commande la prudence, même chez celui qui croit que les combats de l'existence, la maladie, ni la pauvreté, ne lui peuvent rien. Si nous insistons sur les garanties de sécurité, c'est qu'il faut qu'un assuré ait la certitude absolue que, s'il paye ses cotisations pendant 20, 30 ou 50 ans, l'argent qu'il aura versé ne sera pas perdu, mais qu'en tout temps il pourra prétendre à tous les secours auxquels il a droit.

Il est regrettable que la mutualité se heurte encore de nos jours à des objections, à des préjugés, qui dénotent souvent une méconnaissance absolue de tout ce qui touche les assurances sociales, et chez d'autres une insouciance, une légèreté inconcevables, pour ce qui regarde leur avenir, leur propre intérêt.

Qu'il nous soit permis maintenant d'examiner les arguments qui prétendent s'ériger en obstacles à la mutualité. Ils sont heureusement fort peu nombreux et ceux même qui trouvent encore quelque crédit ne résistent pas à un examen fait en toute objectivité.

1. La première objection est dictée par l'insouciance: le jeune homme jouissant d'une bonne santé estime souvent qu'une assurance-maladie est superflue.

C'est donc l'argument pour ainsi dire classique des jeunes gens et, d'une manière générale, des personnes ayant une bonne santé, mais qui ne se doutent pas que la maladie peut traîtreusement les coucher demain, pour des semaines, des mois, des années peut-être.

Ce sera l'hôpital, le sanatorium, le séjour indispensable, bien qu'onéreux, dans une station climatérique. Ce sera le chômage en perspective, la perte irrémédiable d'une bonne place que l'on croyait d'avenir, circonstances qui se compliqueront pour le père de famille d'un autre problème encore plus angoissant: celui de savoir où, les modestes ressources épuisées, il trouvera désormais le nécessaire à l'entretien de sa famille.

Le salaire absent, la santé ruinée, l'unique ressource manquant au ménage, que deviendra la famille? Quelles perspectives entrevoir si ce n'est le recours à l'assistance publique ou à la charité privée et l'humiliation qui découle fatalement de cette tutelle morale?

Tous ceux qui ont quelque expérience de la vie savent que cet argument n'est qu'un prétexte pour ne pas se priver du montant que représente la cotisation qu'il faudrait payer à l'assurance; il n'est donc pas exempt d'égoïsme: on veut pouvoir disposer de toutes les ressources qui procureront tout de suite un avantage palpable, une jouissance immédiate.

Raisonner de la sorte, c'est faire preuve d'une impardonnable insouciance, d'une courte vue et d'une imprévoyance qui ne tarderont pas à se venger un jour ou l'autre.

2. Deuxième objection: l'imprévoyance. Attendre, tergiverser en matière d'assurance-maladie, c'est se faire du tort à soi-même et c'est faire du tort à autrui. Se faire du tort parce que l'on vit ainsi dans l'incertitude. Tort à autrui parce que s'assurer au dernier moment c'est vouloir profiter des économies que des mutualistes avisés et plus prévoyants ont péniblement amassées dès leur jeune âge.

Une objection assez répandue consiste à prétendre que la contribution minime qu'il faut sacrifier à la mutualité est une „dépense" dans toute l'acception du mot, une dépense dont on peut se passer surtout lorsque le budget d'un ménage est déjà très limité. C'est une

erreur qui repose sur une méconnaissance absolue de l'assurance-maladie, car la cotisation que l'on verse tous les mois se retrouve plus tard. Et puis, il n'y a pas que le côté matériel, mais encore une question d'idéal, de solidarité et d'entr'aide sociale, à la solution de laquelle tout le monde devrait contribuer.

3. Troisième objection: le mirage de la prévoyance. Certaines personnes jugent préférable de placer leurs économies à la caisse d'épargne, un dépôt leur permettant de bénéficier de l'intérêt et de la faculté de pouvoir effectuer des prélèvements quand bon leur semble.

Certes, porter son argent à la caisse d'épargne plutôt que de le gaspiller est un acte méritoire. C'est être économe et se mettre à l'abri des coups du sort. C'est encore contribuer à la prospérité nationale.

La caisse d'épargne présente des avantages, mais on ne peut parler de prévoyance en cas de maladie dès qu'on a la faculté de retirer son argent sous n'importe quel prétexte, car il y a bien des chances que les économies se soient déjà évanouies dès que les premiers jours de maladie feront leur apparition. C'est pourquoi, nous estimons que le fait de porter son argent à la caisse d'épargne ne dispense nullement de s'assurer, car seule l'assurance procure la sécurité indispensable et cela précisément parce que l'on ne peut retirer l'argent versé qu'étant malade.

La cotisation qu'il faut payer chaque mois à la mutualité est une épargne qui vise un but bien défini. Chacun peut la réaliser, quel que soit le gain, si fortes que soient les charges de famille, ne serait-ce qu'en la prélevant sur toute dépense qui n'est pas de première nécessité.

CHAPITRE VII.

Effets de l'assurance-maladie

sur le pouvoir d'achat des assurés et sur l'économie en général

Du point de vue social, l'assurance-maladie doit assurer la sécurité économique, ainsi que le traitement médical des ouvriers et des employés. De plus, il lui incombe la grande tâche sociale de veiller, au moyen de l'assistance sanitaire et de mesures médicales préventives, à l'hygiène sociale [1]).

Au point de vue économique, sa tâche est de réaliser l'assurance-maladie de façon aussi rationnelle que possible.

Dans certains pays, dans certains de nos cantons suisses, on a introduit, pour des classes sociales déterminées, l'assurance-maladie obligatoire, ayant la conviction qu'elle est la forme la plus rationnelle d'assistance-maladie à la population ouvrière. Mais l'assurance-maladie remplit encore une autre fonction économique dont l'importance est grande: c'est à elle qu'il incombe de soutenir, d'assurer la puissance d'achat de la grande masse de la population, au moment même où celle-ci est obligée, par la maladie, de se retirer du processus de production, au lieu de vendre sa force de travail sur le marché du travail.

---

[1]) Conférence internationale des unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie, Méthodes de contrôle du service médical de l'assurance-maladie, Rapport de la 4ème assemblée générale, Genève, 1930, p. 49 et 50.

De cette étude des fonctions de l'assurance-maladie, on voit déjà que celle-ci dépend de l'économie. Elle est étroitement liée aux fluctuations mêmes de la vie économique, et c'est aux époques de crise économique, lorsque les excédents de la production destinés à des buts sociaux diminuent, que se fait sentir impérieusement, dans la vie économique, la nécessité des assurances sociales, et particulièrement de l'assurance-maladie, qui vise à réaliser une économie aussi rationnelle que possible dans le domaine de la santé publique. On comprend donc que, dans les temps actuels, de grandes difficultés économiques, cette nécessité de l'assurance-maladie présente une urgence toute particulière. En effet, tous les efforts, non seulement ceux des gouvernements des différents pays, ceux des représentants des milieux économiques, des employeurs et des ouvriers, mais aussi ceux des représentants des milieux économiques qui s'occupent des institutions autonomes de l'assurance-maladie, tendent à répondre à cette nécessité dans la mesure du possible. Il est impossible de ne pas tenir compte du fait que l'économie mondiale, et particulièrement l'économie européenne, a été sujette à des changements importants de structure, et que cette évolution n'est pas encore achevée. Or, ces modifications de la structure économique font sentir leurs effets sur l'assurance-maladie; celle-ci a justement l'avantage d'être souple, de pouvoir s'adapter après chaque changement aux nouvelles conditions économiques.

Les ressources nécessaires à l'assurance sociale sont rendues directement ou indirectement à l'économie. Plus des $^3/_4$ des contributions versées à l'assurance-maladie sont immédiatement remis en circulation soit comme indemnités, soit pour couvrir les frais pharmaceutiques ou thérapeutiques, d'hospitalisation ou de traitement médical. Même les sommes destinées à couvrir les frais administratifs ne sont point, pour cela, soustraites à l'économie nationale, puisqu'elles servent à rémunérer les personnes employées au service de l'as-

surance, qui dépensent à leur tour ces revenus pour se procurer les éléments économiques nécessaires à leur subsistance.

Quant aux réserves, elles servent elles aussi à des fins économiques, puisqu'elles sont placées avec intérêts soit au service de l'assurance-maladie, soit en emprunts de la Confédération, des Cantons et des communes destinés à financer des entreprises d'utilité publique, soit en obligations ou hypothèques qui représentent, elles encore, un important élément de l'économie.

C'est précisément cette fonction d'accumulation des capitaux assumée par les institutions d'assurance qui a la plus haute importance pour l'économie d'un pays. L'assurance vieillesse-invalidité peut réunir des sommes considérables qui servent à garantir la subsistance des personnes épuisées par la maladie ou par l'âge et qui conservent à ces personnes leur rôle économique de consommateurs, même lorqu'elles ne disposent plus de leur capacité de travail. D'autre part, ces sommes peuvent être placées et servir ainsi la collectivité, en permettant de réaliser des travaux d'utilité publique de grande envergure, dont la réalisation serait impossible sans les fonds de l'assurance, et qui ont cependant la plus haute portée pour le développement économique du pays. Nous avons estimé que cet aspect des fonctions économiques de l'assurance sociale méritait de retenir plus particulièrement notre attention car il prend, à l'heure actuelle, une importance capitale, tant pour les travailleurs que pour les employeurs. L'application judicieuse des mesures qui en dérivent est susceptible de contribuer largement au redressement économique [1]).

---

[1]) Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Les fonctions économiques et sociales des caisses d'assurances sociales, Rapport de la 7ème assemblée générale, Genève, 1937, p. 77 ss

CHAPITRE VIII.

Le développement des assurances sociales sur le plan international.

Quelles que soient leur structure économique et leur organisation politique, les pays, conscients des leçons de la crise économique qu'ils ont traversée, aspirent à une meilleure répartition des pouvoirs d'achat et à une économie humaine plus rationnelle. Les assurances sociales leur apparaissent comme l'instrument le plus approprié d'une politique de protection collective qui fait appel à l'effort de prévoyance individuelle et offre en contrepartie la garantie de solidarité de la collectivité assurée.

En Europe, le progrès des assurances sociales, arrêté pendant la crise économique, se poursuit actuellement sur un rythme accéléré et, ces derniers temps, plusieurs grands régimes d'assurance nouveaux ont été établis, pour faire face aux risques à long terme. La majorité des pays d'Europe possèdent d'ores et déjà des organismes d'assurance qui protègent contre l'ensemble des risques sociaux et professionnels la totalité de leur population salariée ou, du moins, la plus grande partie de leur population industrielle. Il est généralement reconnu que les travailleurs des campagnes ont droit au même titre que les travailleurs des autres professions, à la protection de l'assurance, et qu'ils en ont grand besoin. Il est également avéré que les assurances sociales peuvent et savent adapter leurs méthodes d'in-

tervention aux conditions du milieu rural. Néanmoins, dans bien des pays européens typiquement agricoles, la population rurale demeure encore en dehors du champ d'action de l'assurance sociale, et se trouve démunie de toute protection collective efficace.

Dans les pays d'outre-mer, l'idée des assurances sociales a fait, au cours des dernières années, des progrès décisifs. Il en est ainsi tant sur le continent américain, qu'en Extrême-Orient. Aux Etats-Unis d'Amérique, la loi de sécurité sociale a établi, dès le début de 1937, une assurance-vieillesse fédérale obligatoire pour tous les salariés, à l'exception des travailleurs agricoles et des gens de maison, et prévu l'attribution de subventions fédérales à l'assurance-chômage, à l'assistance-vieillesse et aux oeuvres d'hygiène sociale. A l'Argentine, au Brésil et au Chili, pays déjà dotés, à des degrés divers, d'ailleurs, d'organismes d'assurances sociales obligatoires, vient de se joindre le Pérou qui a créé un régime complet d'assurance obligatoire. D'importantes réformes ont été récemment décidées dans les pays qui avaient les premiers établi des régimes de pensions non contributives en cas de vieillesse et d'invalidité (Australie, Nouvelle-Zélande).

CHAPITRE IX.

Progrès réalisés

dans divers pays en matière d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité-vieillesse-décès.

§ 1. Assurance-maladie. [1])

La maladie interrompt la participation du malade à la vie économique et entraîne des frais de traitement souvent considérables. Ses conséquences sont particulièrement redoutables pour les salariés qui tirent leurs moyens d'existence exclusivement ou principalement du produit de leur activité professionnelle.

La prévoyance individuelle, par la constitution d'une épargne et par l'observation des règles de l'hygiène, peut rendre des services appréciables. Mais elle n'est suffisante, ni pour éviter la maladie, ni pour faire face complètement et dans tous les cas à la diminution des ressources qu'elle entraîne et aux charges nouvelles qu'elle implique. D'autre part, la collectivité nationale n'assume pas la responsabilité totale du malade. Nulle part l'Etat ne se charge de pourvoir à la médecine individuelle, ni de mettre à la disposition de chacun les moyens de subsistance pendant la durée de l'incapacité de travail.

L'effort de prévoyance, pour être efficace, doit être collectif. La constatation de cette nécessité provoque dans le pays la création, libre ou imposée par la loi,

---

[1]) Conférence internationale du Travail: L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 8 et 9.

d'institutions ou d'associations qui assument une triple fonction: organisation des soins nécessaires au rétablissement de la santé des malades, allocations d'indemnités se substituant, au moins partiellement, au gain perdu, prévention de la maladie.

L'assurance-maladie est d'une importance essentielle, non seulement pour les assurés eux-mêmes, mais également pour les employeurs qui ont besoin d'une main-d'oeuvre libérée de tout sentiment d'insécurité à l'égard du lendemain et, partant, mieux équilibrée, apte à un rendement supérieur en force et en régularité. On ne s'étonnera point dès lors que de nombreux Etats, ayant compris le rôle et les bienfaits de l'assurance-maladie, en aient fait un des éléments de leur régime du travail.

Le double rôle curatif et préventif de l'assurance-maladie s'affirme de plus en plus nettement en même temps que s'accroissent ses fonctions médico-sociales. L'assistance médicale individuelle, curative et préventive, demeure la sphère propre du service médical de l'assurance-maladie. Celle-ci participe cependant aussi à la lutte contre les maladies sociales et son intervention est d'autant plus nécessaire que sont moins développés les autres organismes appelés à lutter contre ces maladies. L'assurance sociale collabore en outre aux mesures générales d'hygiène et de prévention et contribue directement ou indirectement, par sa politique d'investissement ou par ses prestations, à l'amélioration du logement ouvrier, au développement et au perfectionnement de l'outillage sanitaire et au relèvement de l'hygiène rurale.

Au cours des quarante dernières années, vingt-deux Etats ont admis dans leur législation le principe plus ou moins largement conçu de l'assurance obligatoire des salariés contre la maladie; bon nombre d'autres pays encouragent matériellement et moralement la prévoyance collective contre la maladie. Aujourd'hui, dans les Etats européens, plus de 50 millions de travailleurs

sont obligatoirement assurés et les adhérents de l'assurance libre se comptent, eux aussi, par millions [1]).

Nous allons examiner les principaux pays ayant adopté un régime plus ou moins développé et récent d'assurance-maladie, ainsi que, cas échéant, les nouvelles mesures prises ou proposées dans divers Etats [2]).

Belgique:

Nouvelle et appréciable augmentation de la population mutualiste; développement du service médico-pharmaceutique de la mutualité et des caisses nationales anti-tuberculeuses.

France:

Si la mutualité, sous une forme ou une autre, a existé de tous temps chez tous les peuples, elle s'exerça particulièrement en France au sein des corporations. C'est le compagnonnage qui fut, dans ce pays, le précurseur de la mutualité [3]).

Après le décret du 16 mars 1791 qui supprima les corporations et leurs confréries, ces dernières se transformèrent en sociétés de secours mutuels. Ces sociétés, confondues avec d'autres associations plus ou moins politiques, passèrent pour porter ombrage à la puissance publique. Elles furent tour à tour interdites et tolérées, et le plus souvent brimées.

Mais, par la ténacité constante de leurs adhérents, ces associations finirent par avoir raison des préventions

[1]) Voir à la fin de cet ouvrage, sous *Appendice,* les tableaux des diverses lois régissant l'assurance-maladie dans les différents pays.

[2]) Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Les assurances sociales dans les divers pays, Rapport de la 7ème assemblée générale, Genève, 1937, p. 16 ss.

Conférence internationale des unions nationales de sociétés mutuelles et de caisses d'assurance-maladie,

L'évolution des législations nationales d'assurance-maladie, Rapport de la 4ème assemblée générale, Genève, 1930, p. 122 ss.,

L'évolution des législations nationales, Rapport de la 6ème assemblée générale, Genève, 1934, p. 123 ss.

[3]) Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, Il faut une nouvelle charte mutualiste, Lausanne, 15 février 1939, No 2, p. 28 ss.

de l'autorité et se développèrent dans tout le pays avec une certaine liberté dans leur organisation intérieure.

Ce fut la première époque de la mutualité.

Aide financière et contrôle.

La seconde époque est marquée par le décret-loi du 26 mars 1852 [1]), qui apporte une organisation plus technique à la mutualité, en même temps que l'aide financière de l'Etat, aide qui était accompagnée, comme bien l'on pense, de certains contrôles et de certaines obligations.

Les sociétés de secours mutuels se partagèrent alors en deux tendances.

D'un côté, celles qui voulurent rester libres dans leur constitution et dans leurs placements. Elles n'eurent pas de subventions. Ce fut le petit nombre.

De l'autre côté, celles qui se soumirent aux règles imposées et acceptèrent les avantages offerts; ces dernières furent les plus nombreuses.

Après la loi de 1898.

La troisième époque est constituée par la période allant de 1898 à 1935.

Depuis le 1er avril 1898, les sociétés ont été régies par une loi que les mutualistes ont considérée comme leur charte [2]).

Cette loi, imprégnée des mêmes principes de liberté sociale qui avaient inspiré celle du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels, permit aux sociétés de secours mutuels d'atteindre un développement remarquable.

Leur nombre est arrivé à plus de 25.000.

Cet essor se trouve maintenant enrayé par les regrettables modifications apportées au texte primitif de la loi du 1er avril 1898, principalement par deux décrets-lois, celui du 30 octobre 1935 et celui du 28 août 1937, pris abusivement comme se rattachant au redressement

---

[1]) Pic P.: Les assurances sociales en France et à l'étranger, Paris, 1913, p. 110.

[2]) Antonelli Etienne: Guide pratique des assurances sociales, Paris, 1928, p. 13.

économique du pays et à l'équilibre du budget de la France; et, en second lieu, par le peu de bienveillance que les sociétés trouvent auprès de l'Administration qui fait supporter aux sociétés de secours mutuels les conséquences de ses propres fautes, de ses erreurs caractérisées et des variations constantes de sa doctrine. Tutrice légale des sociétés de secours mutuels, elle tient ses assujetties sous une suspicion constante et imméritée. Tout cela se traduit par un système d'entraves et d'étatisme que nul régime n'a jamais mis en oeuvre contre la mutualité.

Les deux décrets précités ne furent pas ratifiés par le Parlement et la validité de celui du 28 août 1937 fait l'examen du Conseil d'Etat. L'arrêté-barème du 1er décembre 1937, qui s'est révélé inapplicable, a été amendé en juin 1938 par une circulaire explicative aux Préfets. Bref, la loi du 1er avril 1898 est méconnaissable et ses modifications inconsidérées rendent ses articles incohérents.

En fait, il n'y a plus une charte mutualiste, mais un amalgame de prescriptions mal coordonnées et pratiquement inapplicables, lesquelles entravent l'essor de toute initiative et consacrent la main-mise de la bureaucratie sur cette loi sociale.

Un projet d'une nouvelle loi sociale fut présenté par la Fédération nationale, discuté par les Etats généraux de la mutualité et devait être présenté aux Chambres.

Ce projet prévoyait d'importantes améliorations apportées à l'assurance-maladie-maternité; augmentation du salaire-limite pour l'assujettissement à fr. 30.000 par an, sans distinction de lieu de travail et de situation de famille; réduction uniforme du délai de carence pour l'attribution de l'indemnité de maladie de 6 ou 4 jours (suivant la situation de famille) à 3 jours seulement; amélioration des conditions d'attribution des prestations de l'assurance-maternité; relèvement de l'indemnité journalière de maladie maximum de 22 à 25 francs.

Grande-Bretagne:

Les assurances sociales sont très développées en Angleterre, puisqu'elles couvrent les risques suivants: maladie, invalidité, vieillesse, décès, accidents du travail, chômage.

Au sujet de l'assurance-maladie, le système pratiqué est celui de la contribution uniforme [1]). Il n'y a que deux contributions: une pour les hommes, et une pour les femmes; et pour chacun des deux groupes, cette contribution est absolument uniforme, quels que soient l'âge, la profession, le niveau du salaire. De même, les prestations types sont uniformes. Cela tient à une raison toute particulière: le système anglais d'assurances sociales est venu se superposer à un système de sociétés de secours mutuels préexistant et qui a formé la base de l'assurance obligatoire. L'Etat se borne à exiger de tous les travailleurs qu'ils soient assurés en vue des prestations minima en versant également une contribution minimum; mais ils peuvent compléter la protection en s'affiliant à une société de secours mutuels. Ce système entend donc laisser à chacun la plus grande liberté.

Le stage ouvrant droit à prestations est très court: six mois pour l'assurance-maladie, dix mois pour l'assurance-maternité, deux ans pour l'assurance-survivants.

Les sociétés de secours mutuels, appelées „sociétés approuvées", sont autonomes, mais elles sont soumises à une évaluation de leur actif tous les cinq ans. Si l'évaluation fait apparaître un excédent, celui-ci peut être utilisé pour servir des prestations supplémentaires.

Une des principales préoccupations est la bonne coordination du service médical de l'assurance et des services de l'hygiène publique.

Un autre problème est le suivant: il a été constaté, après vingt-six ans d'assurance, que le pays dispose de

---

[1]) A. Rey: La question des assurances sociales, Paris, 1925, p. 16.

bons médecins d'assurance et de remarquables services d'hygiène, qu'il ne s'est pas produit de réduction dans le volume de l'incapacité de gain des assurés.

On peut donner à ce phénomène bien des explications. On a constaté un fait qui jette quelque lumière sur ce point: le volume des demandes d'indemnité de chômage varie parallèlement au volume du chômage. Ce phénomène peut s'expliquer d'un point de vue psychologique. Nous souffrons tous des temps que nous vivons et qui exercent une influence déprimante. Il est bien certain que si quelqu'un est frappé d'incapacité temporaire, celle-ci se prolonge lorqu'elle survient dans un état de tension nerveuse.

Les récentes mesures prises en Grande-Bretagne sont les suivantes: abaissement de l'âge d'admission à l'assurance-maladie de 16 à 14 ans; établissement, par l'Association des praticiens britanniques, d'un mémoire britannique demandant la généralisation de l'assistance médicale individuelle et son extension, notamment aux membres de famille des assurés sociaux: élaboration, par la même Association en accord avec la Conférence nationale des syndicats ouvriers, de propositions tendant à l'institution d'un service national d'assurance-maternité.

Grèce:

L'industrialisation s'est accentuée fortement ces dernières années en Grèce en raison des restrictions apportées au commerce et aux échanges qui ont contraint ce pays de les appliquer à son tour. Cette industrialisation a rendu de plus en plus nécessaires les mesures de prévoyance sociale en faveur des salariés, dont le nombre augmente sans cesse.

Jusqu'à ces derniers temps, sur un total de 800.000 salariés, 150.000 environ étaient assurés aux caisses d'entreprises.

Devant cette situation, le gouvernement a inauguré un vaste programme de politique sociale.

La loi générale des assurances sociales, qui couvre les risques maladie et invalidité-vieillesse-décès, a été mise en marche. De plus, l'assurance des petits exploitants contre les risques invalidité-vieillesse-décès, a été réalisée et une caisse d'assurance des commerçants créée; la première englobera 150.000 assurés, la seconde, 25.000.

La loi générale des assurances sociales est entrée effectivement en application le 1er décembre 1937 dans les trois principaux centres urbains: Athènes, Le Pirée et Salonique. L'application en sera étendue graduellement à tout le territoire.

L' Institut des assurances sociales est administré par un conseil composé de quatre délégués des travailleurs, quatre délégués des employeurs et trois experts ès sciences sociales, l'un de ces derniers étant élu président. Le nombre des assurés s'élève, pour Athènes, Le Pirée et Salonique, à 280.000 environ, et on estime qu'il dépassera 700.000 avec l'extension complète de l'assurance obligatoire.

L'assurance-maladie est décentralisée et gérée par des offices régionaux, l'assurance-invalidité-vieillesse-décès étant centralisée. Chaque régime d'assurance possède son budget propre.

Les ressources de l' Institut proviennent exclusivement des contributions des assurés et des employeurs.

L'assurance-maladie fonctionne en régime de répartition des dépenses annuelles. La cotisation établie sur la base des classes de salaires a été fixée à 4,03 pour cent sur le salaire assuré.

Les prestations en nature de l'assurance-maladie comprennent les soins médicaux jusqu'à la guérison, le traitement à l'hôpital pour une période de six mois au maximum, la fourniture de médicaments et autres moyens curatifs. Les prestations en espèces sont: les allocations de maladie, accordées à partir du sixième jour d'incapacité, l'allocation de maternité et les frais funéraires.

Les membres de la famille des assurés ont droit aux soins médicaux et à la fourniture de médicaments, mais non au traitement hospitalier.

Ont droit aux prestations les assurés ayant accompli cinquante journées de travail. Si l'incapacité provient d'un accident du travail, cette condition n'est pas exigée et l'indemnité accordée à partir du quatrième jour est majorée de 50 pour cent.

Quant au service médical, on a jugé indispensable, pour la première application de la loi, de choisir un système mixte. D'après ce système, les malades qui ne peuvent se déplacer par suite d'une affection grave et de l'état de leurs forces, ont le droit de faire venir à leur domicile un médecin de leur choix, pris sur la liste des praticiens inscrits pour les consultations dans la circonscription du malade. Les malades qui peuvent se déplacer doivent se rendre au dispensaire de l' Institut où des médecins au service de l' Institut donnent des soins.

En vertu d'une convention générale conclue entre l' Institut et l'Association panhellénique des pharmaciens, toutes les pharmacies relevant d'un centre d'assurances concluent des conventions spéciales avec l'Office régional des assurances et peuvent alors fournir aux assurés des médicaments aux conditions stipulées par ces conventions.

Hongrie [1]):

En Hongrie, l'assurance ouvrière, bien que longtemps volontaire, remonte à un passé très éloigné. Tout d'abord (dès 1224 puis, avec un caractère plus sérieux, en 1496), elle fut réalisée en faveur des mineurs.

L'assurance des autres ouvriers industriels, en revanche, ne commença que beaucoup plus tard (au XIX^{e} siècle). Au début, elle avait, elle aussi, un caractère

---

[1]) Nouvelles danubiennes: Le cinquantenaire de l'assurance obligatoire contre la maladie, Budapest, mars 1943, No 5.

purement volontaire, mais les avantages très sérieux de cette assurance à base volontaire apparaissent déjà dans les résultats de la Caisse générale de secours aux ouvriers malades et invalides, fondée le 3 avril 1870.

Dans l'évolution des assurances ouvrières hongroises, les diverses étapes furent réalisées par les mesures suivantes: la loi No. XIV de 1891, entrée en vigueur en 1892, instituant l'assurance obligatoire contre la maladie; ensuite, la loi No. XIX de 1907, entrée en vigueur le 1er juillet 1907, réalisant deux branches de l'assurance ouvrière obligatoire, l'assurance-maladie et l'assurance-accidents; les décrets gouvernementaux No. 4790 de 1917 et 5400 de 1919, la loi No. XXXIV de 1925, le décret de la présidence du conseil No. 4400 de 1926, les lois No. XXI de 1927, XI de 1928 et le décret No. 300 de 1942.

Portugal:

Le système des assurances sociales portugais est différent des systèmes en vigueur dans d'autres pays.

Le Portugal, divisé administrativement en vingt-et-un districts, est en train de compléter son organisation corporative. Les associations professionnelles ouvrières et les associations patronales englobent toutes les entreprises d'une même activité commerciale ou industrielle.

Aux termes d'une loi promulguée en 1935, on peut classer les institutions de prévoyance comme suit:

1. institutions de prévoyance des organismes corporatifs;
2. caisses d'entreprises;
3. mutualités;
4. institutions de prévoyance de fonctionnaires de l'Etat.

Les caisses syndicales de prévoyance ont un caractère professionnel; elles couvrent tous les membres d'une même profession du district ou de la localité. Elles ont un caractère obligatoire et sont basées sur des conven-

tions collectives de travail qui lient tous les patrons et tous les ouvriers d'une même branche économique.

Les objectifs de ces caisses sont l'assistance médicale et le payement d'indemnités de maladie et de pensions de vieillesse et d'invalidité. Assurés et employeurs participent à la gestion de l'assurance. Les frais d'administration n'atteignent pas un pour cent des cotisations. En cas de changement de caisse, la réserve des primes est transférée par la caisse cédante à la nouvelle caisse.

Des caisses d'entreprises sont créées par de grands établissements isolés des centres urbains.

Les sociétés mutuelles ont un grand rôle à jouer. Comme l'organisation n'est pas totalitaire, il y aura toujours quelques artisans qui travaillent pour le compte d'autrui et qui ne sont pas assez aisés pour s'adresser à une compagnie d'assurance.

L'assurance sociale au Portugal est obligatoire et effective pour les travailleurs qui appartiennent à des branches d'activité soumises à des conventions collectives du travail. L'assurance englobe déjà une forte proportion de travailleurs. Lorqu'elle aura été étendue à la majorité des travailleurs, y compris les travailleurs ruraux, le moment sera venu pour la généraliser et la rendre obligatoire pour tous. Si les conditions économiques continuent de se développer au rythme actuel, ce but sera atteint prochainement.

***

Des pays suivants, nous ne citerons que les mesures prises ces dernières années, et qui viennent compléter un système d'assurance-maladie.

Italie:

Extension de l'assurance-tuberculose et de l'assurance-maternité obligatoires aux travailleurs agricoles.

Lettonie:

Extension de l'assurance-maladie aux travailleurs agricoles engagés à l'année, ainsi qu'aux membres de leur famille.

Lithuanie:

Organisation de l'assistance médicale à la population rurale par des médecins attachés à des centres de santé ruraux.

Roumanie:

Création de l'assurance-tuberculose gérée par un fonds spécial de la Caisse centrale d'assurances sociales, et qui couvre obligatoirement tous les assurés du régime général d'assurance-maladie.

Suisse:

Progrès dans l'assurance-tuberculose pratiquée avec l'appui financier des pouvoirs publics, soit par les caisses-maladie elles-mêmes, soit par des caisses de tuberculose spéciales [1]).

Dans les pays d'outre-mer, l'assurance-maladie a récemment enregistré plusieurs conquêtes nouvelles:

Australie:

Création d'un système fédéral d'assurance obligatoire applicable à tous les travailleurs salariés, à l'exception des employés dont la rémunération dépasse 365 livres sterling par an, et comportant des indemnités de maladie d'un taux fixe et des prestations médicales et pharmaceutiques [2]).

Brésil:

Etablissement d'un projet d'assurance-maladie obligatoire s'étendant à tous les assurés actifs ou pension-

---

[1]) Loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose et l'ordonnance fédérale du 31 mars 1931.

[2]) Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, Institution de l'assurance-maladie-invalidité et pensions en Australie, Lausanne, 15 août 1938, No. 8, p. 129 ss.

nés des systèmes d'assurance-pension en vigueur pour les travaillleurs de l'industrie, du commerce, de la marine marchande et des services publics, les prestations comportant le traitement médical et hospitalier, la fourniture de médicaments et le payement d'indemnités en cas d'incapacité de travail et en cas de maternité, les charges de l'assurance étant couvertes par les cotisations tripartites des assurés, des employeurs et des pouvoirs publics.

Le Gouvernement brésilien est très désireux de compléter le système d'assurances sociales en créant l'assurance-maladie. Les problèmes que pose cette assurance-maladie sont difficiles à résoudre au Brésil qui compte une population de 50 millions d'habitants sur une superficie de 8 millions et demi de kilomètres carrés. De même, l'établissement du service médical de l'assurance présente des difficultés dans les régions où ne résident que quelques médecins sur une grande étendue de territoire.

Chili:

Généralisation des examens périodiques ayant pour objet le dépistage et le diagnostic précoces, repos préventif avec plein salaire, intensification de la politique d'habitations à bon marché, création de ressources complémentaires pour financer l'action préventive et la politique d'habitation.

Etats-Unis [1]*:*

Il se peut que l'on ait l'impression qu'aux Etats-Unis on soit allé trop vite mais, dans ce pays, on fut obligé d'aller de l'avant en raison de l'immensité du problème de l'assistance auquel on avait à faire face, étant donné à la fois le retard mis à l'aborder, et l'étendue du chômage qui y persiste. Plusieurs millions de personnes sont actuellement assistées, à un titre ou

---

[1]) Watt J.: La sécurité sociale et les travailleurs aux Etats-Unis, Revue intern. du Travail, Genève, 1938, p. 770.

à un autre, aux Etats-Unis. En outre, les sentiments et les idées politiques peuvent changer dans un avenir rapproché; il était donc nécessaire d'aboutir, sans cependant concevoir des projets trop ambitieux.

On a donc établi un programme de développement de la santé nationale, programme devant remédier aux insuffisances des services de santé publics, et qui comprend, en dehors des recommandations sur l'extension des services d'hygiène publique, de maternité et de protection de l'enfance, sur le perfectionnement des services hospitaliers et sur l'institution d'une assistance médicale publique aux malades indigents, deux propositions sur l'assistance médicale et sur des prestations en espèces à fournir aux salariés, par des organismes d'assurance.

Japon:

Institution d'un système national d'assurance-maladie pour les couches de la population qui ne bénéficient pas de l'assurance obligatoire, système destiné à procurer l'assistance médicale gratuite en premier lieu à la population rurale et aux petits indépendants, l'affiliation aux sociétés de l'assurance-maladie nationale, subventionnée par les pouvoirs publics, étant facultative, mais ne pouvant être rendue obligatoire, pour l'ensemble de la population, que dans toute localité où les deux tiers des habitants se sont spontanément affiliés à l'assurance.

Nouvelle-Zélande:

Mise sur pied d'un plan de sécurité sociale devant rendre gratuitement accessibles à tous les habitants, les soins de médecine générale et spéciale, le traitement hospitalier, l'assistance pharmaceutique, l'admission dans des maternités, et comportant, entre autres, des prestations en espèces graduées selon l'âge, le sexe et les charges de famille de l'assuré dont le revenu, au cours de la maladie, n'excède pas 5 livres sterling par semaine.

Pérou:

Organisation de l'outillage sanitaire de la nouvelle Caisse nationale d'Assurance sociale dont le service sera prochainement activé.

§ 2. Assurance-invalidité-vieillesse-décès. [1])

Des régimes d'assurance-invalidité-vieillesse-décès nouveaux ont été institués dans plusieurs pays européens et extra-européens.

Australie:

L'Australie vient d'établir au profit de tous les travailleurs salariés, à l'exception des employés qui gagnent plus de 365 livres par an, un régime d'assurance-pension vieillesse-survivants comportant des cotisations des assurés et des employeurs et d'importantes subventions fédérales [2]).

Brésil:

L'assurance-invalidité-vieillesse-décès embrasse, au Brésil, toutes les activités, à l'exception de l'agriculture. Les accidents du travail sont couverts dans toutes les professions.

Les caisses d'entreprises, très nombreuses autrefois, sont aujourd'hui fondues en des caisses plus grandes. Pour certaines professions, il a été créé de grands instituts à base professionnelle: employés de commerce, personnel de banque, employés d'industrie, marins. Pour certaines branches d'activité, des instituts à base nationale existent.

---

[1]) Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, L'activité de la Conférence internationale et la situation des assurances sociales sur le plan international, XXIVème session du Comité international, Genève, 1939, p. 11 ss.

[2]) Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, Institution de l'assurance-maladie-invalidité et pensions en Australie, Lausanne, 15 août 1938, No. 8, p. 130.

La pension de vieillesse est liquidée à un âge relativement très bas; la tendance actuelle est d'augmenter l'âge d'admission à pension jusqu'à 60 ou 65 ans.

La veuve a droit à la moitié de la pension du décédé, l'autre moitié étant versée aux enfants du sexe masculin jusqu'à 18 ans, et aux filles non mariées, sous forme d'une pension viagère.

Le Brésil a complété les divers régimes professionnels de retraite par un système général invalidité-survivants destiné à couvrir tous les travailleurs de l'industrie non soumis à l'un des régimes professionnels.

L'incapacité de gain des accidentés du travail est calculée au moyen d'un barème qui a rendu de grands services. Autrefois, les tribunaux rencontraient de multiples difficultés pour déterminer le montant de l'indemnité à accorder en cas d'accident. Aujourd'hui, l'évaluation de l'incapacité est simplifiée; en regard de l'âge, de la profession, de la nature de la lésion, le barème indique le pourcentage d'incapacité à appliquer.

Toutes les caisses d'assurances sociales sont contrôlées par le Conseil national du Travail à composition tripartite: employeur, ouvrier, gouvernement. Ce conseil est rattaché directement au Ministère du Travail.

Etats-Unis:

En matière de sécurité sociale [1]), il existe trois grands régimes: tout d'abord, les mesures d'assistance proprement dite, s'adressant notamment aux catégories de la population qui ne peuvent bénéficier de l'assurance, comme par exemple les vieillards qui ont dépassé l'âge d'entrer dans l'assurance-vieillesse ou les enfants qui ne peuvent subvenir à leurs besoins; en second lieu, l'assurance-chômage organisée par les Etats avec l'intervention financière fédérale; enfin, l'assurance-vieillesse obligatoire fédérale, actuellement en cours de revision.

---

[1]) Pribram K.: L'assurance sociale en Europe et la sécurité sociale aux Etats-Unis: analyse comparative, Revue intern. du Travail, Genève, 1937, p. 781.

L'assurance-vieillesse sera complétée, dans un avenir très proche, par l'assurance-survivants et par l'assurance-invalidité; en outre, on espère obtenir un élargissement du champ d'application de l'assurance obligatoire. Pour avoir une idée de l'ampleur des problèmes auxquels il faut faire face, il convient de rappeler qu'il existe aux Etats-Unis environ 40 millions d'assurés.

Finlande:

L'assurance-invalidité-vieillesse nationale, applicable en principe à tous les habitants, est entrée en vigueur au début de 1939.

Grande-Bretagne:

Par l'introduction d'un système d'assurance-pensions facultative, on a pensé donner aux travailleurs indépendants, qui ne sont pas tenus de s'affilier à un système d'assurances sociales, la faculté de conclure, à titre volontaire et libre, une assurance-survivants et vieillesse. A cet effet, il a été établi un régime d'assurance-pensions qui est ouvert aux personnes indépendantes dont les ressources sont limitées.

Pendant l'année 1938, toutes les personnes âgées de moins de 55 ans ont pu entrer, cette année-là, dans cette assurance en payant un taux uniforme, qui a été fixé à un niveau extrêmement bas, puisqu'il représente le montant qui serait actuellement exigible des assurés de vingt-et-un ans. Le nombre des personnes qui ont profité de cette faculté établit que cette réforme répondait à un besoin réel.

Grèce:

L'assurance-invalidité-vieillesse-décès fonctionne en régime de capitalisation collective à primes moyennes, mais des abattements sont prévus pour les premières années, de sorte que le taux stable et plus élevé ne sera atteint que plus tard. Ainsi, la prime ne sera que de 3,60 pour cent au début, et s'élèvera progressivement jusqu'à 8 pour cent en 1951.

Les contributions perçues par apposition de timbres sont à la charge des assurés pour 40 pour cent et à celle des employeurs pour 60 pour cent.

L'invalidité donne droit à la pension lorsque la capacité de gain de l'assuré est réduite de deux tiers, en prenant en considération la catégorie professionnelle et la situation sociale de l'assuré. La pension d'invalidité se compose d'une somme fixe et d'une majoration calculée selon la classe de salaire et les journées de travail effectuées. Si l'invalidité est due à un accident ou à une maladie professionnelle, la pension ne peut être inférieure à quarante pour cent du salaire au moment de l'accident.

L'âge d'admission à la pension est fixé à 65 ans révolus pour les hommes et à 60 ans pour les dames, à condition que l'assuré ne gagne pas, par un travail quelconque, plus de la moitié du salaire que touche dans la même région une personne physiquement et mentalement saine. La pension de vieillesse est calculée comme la pension d'invalidité.

En cas de décès de l'assuré, sa veuve reçoit 40 pour cent de la pension à laquelle aurait droit l'assuré, et ses enfants, parents et petits-enfants, vingt pour cent de cette somme.

Hongrie:

En Hongrie, les ouvriers agricoles ont été dotés d'une assurance-vieillesse obligatoire alimentée par des cotisations patronales et ouvrières et bénéficiant d'importantes subventions d'Etat; les ouvriers agricoles âgés de 65 ans au moment de l'entrée en vigueur de l'assurance sont pris en charge par un régime transitoire sans être assujettis à un stage.

Nouvelle-Zélande:

Ce pays est sur le point de mettre en application une vaste conception de sécurité sociale appelée à protéger tous les habitants à ressources limitées et à

leur servir des pensions en cas de vieillesse ou de perte prématurée de capacité de gain ou du chef de famille, les prestations étant prélevées sur un fonds alimenté par des cotisations calculées à raison de 1 shilling par livre de traitement, salaire ou autre revenu.

Yougoslavie:

La loi générale sur les assurances sociales des salariés de l'industrie et du commerce et des gens de maison, en vigueur depuis 1922 pour l'assurance-maladie et accidents, avait reçu depuis 1938 sa pleine application également en ce qui concerne l'assurance-invalidité-vieillesse-décès, jusqu'alors suspendue. N'étaient pas compris dans le champ d'application les employés pour lesquels un régime spécial, existant depuis 1909 dans les territoires de l'ancienne Slovénie et Dalmatie, avait été étendu à partir de 1938 à l'ensemble du pays.

L'assurance sociale yougoslave était fortement centralisée. La gestion de l'assurance-accidents, maladie et invalidité-vieillesse-décès des ouvriers était confiée à l'Office central des assurances ouvrières, alors que les employés étaient assurés auprès de l'Institut central d'assurance-pension des employés. L'assurance-maladie était gérée par des caisses régionales, sous le contrôle de l'organisme central. Des caisses de maladie spéciales avaient été formées pour plusieurs catégories de salariés, tels que les cheminots et les ouvriers mineurs.

D'une manière générale, la centralisation des assurances sociales y avait donné de bons résultats. Deux catégories de salariés étaient encore privés de la protection de l'assurance sociale: les salariés agricoles et les pêcheurs. L'assurance de ces travailleurs rencontrait des obstacles qui ne purent être écartés.

Un régime transitoire avait été créé pour les ouvriers d'âge avancé ne pouvant plus accomplir le stage prescrit pour avoir droit aux pensions normales de vieillesse. Ces ouvriers auraient reçu, à titre d'assistance-vieillesse, une pension réduite. L'Etat aurait con-

tribué pour une somme de 4 millions de dinars aux frais de cette assistance.

Un certain nombre d'employeurs avaient fait usage de la faculté que leur laissait la loi d'instituer en faveur de leurs ouvriers, par le versement de cotisations plus élevées, une assurance complémentaire. Un tel système existait par exemple dans l'assurance des marins, à titre obligatoire: alors que la cotisation globale était en général fixée à 3 pour cent, une cotisation de 6 pour cent du salaire était versée dans le régime des marins, l'excédent des ressources servant à attribuer une pension aux marins âgés.

Il existait également un mouvement en faveur de l'institution d'une assurance obligatoire maladie-vieillesse des indépendants, notamment des artisans et des petits commerçants. Un projet de loi fut élaboré, mais des difficultés surgirent quant à l'assurance-maladie de cette catégorie de personnes, en raison de l'opposition des médecins. Dans l'assurance-vieillesse-invalidité, le mode de constitution des ressources prêtait à controverse: les indépendants souffrant de la crise n'auraient pu verser une cotisation, même très modeste, et les indépendants se trouvant dans une situation aisée n'auraient pas désiré payer des cotisations en faveur des autres. Toutefois, l'intérêt était en éveil et l'institution d'une telle assurance aurait été facilitée par la compréhension croissante des indépendants qui se rendaient de plus en plus compte qu'une assurance obligatoire ne saurait fonctionner qu'en confiant à l'Office central des assurances ouvrières le soin de prélever les cotisations.

Quant aux réformes à envisager dans l'assurance-ouvriers, il en était deux particulièrement urgentes: l'abaissement de l'âge d'admission à pension de 70 à 65 ans et la substitution des pensions de veuve au versement d'une indemnité forfaitaire.

Dans le domaine du droit international des assurances sociales, la Yougoslavie avait été le premier pays

qui ait conclu en 1925 un traité de conservation des droits à pension avec l'Italie. En 1928 fut négocié le traité avec l'Allemagne qui contenait déjà les règles fondamentales reprises dans la convention internationale sur la conservation des droits à pension. Des traités avaient également été conclus avec la Roumanie et la Tchécoslovaquie.

Quant aux répercussions du chômage sur l'assurance sociale, on avait constaté en 1931 un fort abaissement de recettes et une augmentation de dépenses attribuée au fait que les assurés perdant leur travail se déclaraient malades. Or, en 1932, année où la crise fut plus aiguë encore, ce phénomène ne s'était pas reproduit parce que personne n'osait se déclarer malade pour ne pas perdre son poste.

L'assurance facultative n'eut pas de succès en Yougoslavie; à peine mille personnes avaient profité de cette assurance.

§ 3. Le développement des assurances sociales et la guerre actuelle. [1])

On pourrait s'imaginer que les Etats délaissent les assurances sociales en temps de guerre.

Il n'en est rien; au contraire, les quelques exemples qui vont suivre prouvent que les assurances sociales figurent toujours parmi les préoccupations actuelles des Gouvernements.

Europe continentale:

L'Allemagne s'est préparée à la guerre, non seulement du point de vue industriel et militaire, mais aussi social. Entre 1933 et 1939, elle a revisé, amélioré et adapté à des tâches nouvelles son système d'assu-

---

[1]) Bureau international du Travail: L'organisation internationale du Travail et la reconstruction économique et sociale, Montréal, 1941, p. 44 ss.

rance, datant du temps de Bismark. L'assurance-maladie et le service médical qui en dépend ont été étendus à tous les travailleurs et leurs familles dans l'industrie, le commerce et l'agriculture, si bien que les deux tiers de la population, soit plus de 50 millions de personnes, jouissent de l'assistance médicale et des soins préventifs gratuits. L'assurance-invalidité-vieillesse-décès, obligatoire pendant quarante ans pour les salariés de toutes les professions, embrasse maintenant aussi les artisans indépendants. L'assurance-accidents obligatoire ne s'applique pas seulement à l'industrie, mais également à l'agriculture; elle couvre les travailleurs agricoles, les petits fermiers et leurs familles. Cette structure si ramifiée d'assurance légale est complétée par les organismes de prévoyance sociale du Parti nazi. Le système s'étend aussi aux Allemands travaillant dans les territoires occupés par l'armée.

En France, une loi du 14 mars 1941 a réalisé une réforme promise depuis plusieurs années. Une allocation fixée à 3.600 francs par an est acquise, même en l'absence de contributions antérieures, aux anciens salariés de 65 ans et plus, à condition qu'ils renoncent à tout emploi rétribué sauf dans l'agriculture; elle est aussi accordée à partir de 60 ans aux travailleurs inaptes à un travail régulier. L'objet de cette mesure est de rendre disponibles les postes occupés par des travailleurs âgés et d'encourager le retour à la campagne. Pour venir en aide aux petits travailleurs indépendants, exclus du bénéfice des nouvelles dispositions, les pensions versées en vertu de la législation d'assurance-vieillesse ont été doublées.

L'Espagne a modernisé son système d'assurance-vieillesse, introduit en 1921. Il est maintenant financé par une contribution des employeurs égale à 3 % des salaires et par des subventions de l'Etat; le taux des pensions est fixé uniformément à 90 pesetas par mois. Depuis 1940 fonctionne un système étendu d'allocations

familiales prévoyant des versements fixes pour chaque enfant après le premier. L'assurance-maternité a été doublée de prêts de mariage, exempts de tout intérêt et amortissables à la naissance d'enfants dans les premières années de mariage.

Au Portugal, les Maisons du Peuple, centres de vie rurale, ont été dotées, depuis le début de 1941, de revenus supplémentaires. L'affiliation est devenue obligatoire pour les travailleurs agricoles et les fermiers, âgés de 18 ans et plus; les avantages accordés comprennent l'assistance médicale gratuite et des allocations en cas de maladie ou d'invalidité. Les Maisons du Peuple prennent également soin des chômeurs et contribuent à l'organisation de travaux d'assistance.

En Italie, l'âge de retraite dans l'assurance-vieillesse est en voie d'abaissement progressif de 65 à 60 ans, limite qui doit être atteinte en 1944.

La Bulgarie a introduit des pensions d'assistance, acquises à 60 ans, aux paysans employés dans l'agriculture pendant les dix années précédentes. Une caisse centrale d'assurance, financièrement autonome et administrée conjointement par les organisations professionnelles de travailleurs et d'employeurs, est chargée de la gestion du régime général d'assurance ouvrière.

En Hongrie, des mesures ont été prises pour coordonner le fonctionnement de l'assurance-maladie avec les services de la santé publique, et la campagne contre les maladies sociales a été intensifiée.

En Turquie, un projet de loi, dont l'objet est d'instituer l'assurance-accidents et maternité obligatoire, a été soumis à la Grande Assemblée Nationale en exécution d'une disposition du code du travail.

En Suède, le taux des pensions de vieillesse a été relevé.

Tous les pays de l'Europe continentale ont dû adapter leur législation ou leur pratique administrative

à la situation créée par la mobilisation, la guerre ou l'occupation militaire. Des mesures spéciales ont été rendues nécessaires en faveur des victimes directes ou indirectes de la guerre: blessés, veuves et orphelins de militaires, blessés civils, prisonniers de guerre et évacués.

Communauté des nations britanniques.

Les services sociaux de la Grande-Bretagne sont l'un des fondements de cette unité nationale qui explique la force incomparable de la résistance du pays. Très rapidement, ils ont été adaptés aux besoins nouveaux. Dès le début de la guerre, d'urgentes mesures s'imposaient en faveur tant des mobilisés que des civils, et des dispositions furent prises pour le maintien du statut d'assurance des hommes servant dans les forces armées, pour le versement d'allocations à leur famille sous réserve de délégations de solde, pour l'octroi d'indemnités aux victimes militaires de la guerre et de dédommagement aux victimes civiles. Depuis août 1940, l'âge de la retraite, en faveur des femmes assurées et des veuves de pensionnés en vertu du système des des pensions contributives, a été abaissé de 65 à 60 ans et le montant des retraites de vieillesse s'est accru de suppléments accordés par le Conseil de l'assistance, lorsque les ressources de l'intéressé, après certaines défalcations, n'atteignent pas un niveau déterminé. Le critère de l'état de besoin pour l'octroi des allocations de l'assistance-chômage et des pensions supplémentaires a été modifié de façon à substituer, comme critère, les ressources personnelles du postulant aux ressources de tous les membres du ménage dont il fait partie. Une loi, qui est entrée en vigueur en janvier 1941, a augmenté les taux de prestations des assurances-maladie et invalidité et a élevé de 250 à 420 livres sterling par an la limite des salaires, qui détermine l'assujettissement des travailleurs non manuels à l'assurance obligatoire. Les hôpitaux ont été réorganisés sur la base régionale et

leur équipement amélioré à la charge des fonds publics; on a pourvu à une meilleure répartition de fonctions entre les différentes catégories d'hôpitaux et à de nouvelles facilités pour les traitements orthopédiques et la rééducation. On a décidé de mettre à l'étude un vaste remaniement des trois grands systèmes qui, avec l'assurance-chômage, constituent les pièces maîtresses de l'organisation britannique des assurances sociales: assurance-maladie nationale; pensions contributives en faveur de la vieillesse, des veuves et des orphelins; réparation des accidents du travail.

En Afrique du Sud, des amendements à la loi sur la réparation des accidents du travail majorent les prestations d'environ 35 % et introduisent l'assurance obligatoire administrée par une caisse d'Etat.

En Australie, les prestations dans la réparation des accidents du travail ont été majorées et en Nouvelle Galles du Sud, un projet de loi sur les retraites des mineurs est à l'étude; il prévoit des taux de pensions considérablement plus élevés que ceux des assurances nationales non-contributives vieillesse et invalidité.

En Nouvelle-Zélande, la loi sur la sécurité sociale de 1938 est la première mesure qui accorde des prestations assurant un niveau de vie minimum à tous les citoyens ayant perdu leurs moyens d'existence pour quelle que cause que ce soit: vieillesse, invalidité, maladie, chômage ou perte du soutien de famille. Un autre progrès, inclus dans le budget de 1940, est le paiement, en vertu de la loi sur la sécurité sociale, d'allocations familiales pour chaque enfant après le premier au lieu du second.

Au Canada, l'assurance-chômage, la première à être administrée directement par le Dominion, est entrée en vigueur le 1er juillet 1941 et s'étend à plus de deux millions de personnes employées dans toutes les professions. Les retraites-vieillesse non contributives, pré-

vues par la loi du Dominion de 1927, continuent à être administrées par les Provinces, auxquelles le Dominion rembourse les trois quarts des retraites versées aux personnes de 70 ans et plus et aux aveugles.

Etats-Unis:

Aux Etats-Unis, le fait le plus marquant a été le paiement des pensions prévues dans le système fédéral d'assurances-vieillesse et décès, entré en vigueur le 1er janvier 1940, par suite de l'amendement en 1939 de la loi sur la sécurité sociale. Ces pensions sont accordées aux personnes de 65 ans et plus qui quittent un emploi assurable, à leurs veuves et à leurs orphelins. La somme de base est la même pour tous les assurés, quelles qu'aient été leur rémunération et la durée de leur assurance; à cette somme s'ajoutent des suppléments, qui tiennent compte de la rétribution moyenne du travailleur au-dessus de 50 dollars par mois et de la durée de son assurance. La retraite est encore augmentée, si la femme de l'intéressé est âgée de 65 ans ou s'il a des enfants à sa charge. La pension de la veuve est fixée aux trois quarts et celle de chacun des orphelins à la moitié de celle du défunt, sans que le total des pensions versées aux survivants puisse en excéder le double. Cependant la grande majorité de la population âgée ne remplit pas encore les conditions voulues pour avoir droit à cette retraite et doit nécessairement avoir recours à l'assistance-vieillesse, administrée par les Etats, à qui le Gouvernement fédéral rembourse la moitié des frais à certaines conditions et dans certaines limites. La loi fédérale de sécurité sociale, tout en coordonnant sur le plan fédéral l'assurance-chômage ainsi que l'assistance subventionnée en faveur des enfants à charge et des aveugles, a donné une puissante impulsion aux législations des Etats et a créé des perspectives nouvelles. L'assurance-vieillesse et décès — la seule qui soit administrée directement par le Gouvernement fédéral — a déjà enregistré 52 millions de travailleurs de l'industrie

et du commerce, — les travailleurs agricoles et le personnel domestique n'entrant pas encore dans son champ d'application. Des développements plus amples sont en vue. Le Président Roosevelt, dans son discours historique du 6 janvier 1941, a donné quelques exemples des progrès qui s'imposent d'urgence: „Nous devrions, a-t-il dit, accorder à un plus grand nombre encore de citoyens la protection de l'assurance-vieillesse et chômage; rendre l'assistance médicale plus accessible, établir un meilleur système permettant à tous d'obtenir, suivant leur mérite et leurs besoins, un emploi rémunéré". Les départements compétents élaborent actuellement des mesures importantes: extension de l'assurance-vieillesse et décès aux travailleurs de l'agriculture, au personnel domestique et aux travailleurs indépendants; addition de pensions-invalidité aux pensions-vieillesse et décès déjà en cours; plus grandes facilités de soins médicaux par l'introduction de l'assurance-maladie avec subventions fédérales: rééducation fonctionnelle des recrues jugées inaptes au service militaire; rééducation fonctionnelle et professionnelle des victimes d'accidents industriels; contrôle médical préventif et soins médicaux aux travailleurs des industries de la défense et à leur famille.

Amérique latine:

Les progrès se sont également accomplis à une allure remarquable en Amérique du Sud. Là, ce sont surtout les conditions démographiques et les graves problèmes de la santé publique qui ont influencé le rythme et la direction de la politique des assurances sociales. Les pays où sévissent une mortalité infantile et une morbidité générale si élevées que la vitalité et le rendement de la production en sont sérieusement affectés, se tournent tout naturellement vers les assurances-maladie et maternité, qui permettent d'introduire l'assistance médicale jusque dans les foyers des travailleurs et d'exercer un contrôle médical préventif. Les

pays plus favorisés, où la population s'accroît rapidement et qui possèdent déjà une bonne organisation de services variés de santé publique, sont plus intéressés aux assurances-invalidité et vieillesse, afin d'attirer les meilleurs travailleurs dans l'industrie et les services d'utilité publique et de les maintenir dans leur emploi pendant leurs années de meilleur rendement.

En Argentine, où la seconde de ces politiques a été suivie, la situation financière des caisses nationales de pensions a donné lieu à de sérieuses préoccupations, spécialement celle des chemins de fer; ses débours, à un moment, atteignaient plus du double de ses recettes totales, si bien qu'elle s'est vue obligée, à plusieurs reprises, de faire appel à des réserves, inférieures à la valeur capitale des pensions en cours. Le Gouvernement a pris des mesures qui doivent remédier à cette situation en augmentant les recettes et en diminuant les dépenses. Ces ajustements, si pénibles qu'ils soient, ont le mérite de substituer à une sécurité illusoire une solvabilité certaine, condition essentielle pour tout système d'assurance qui veut être toujours à même de faire face à ses obligations.

Le Brésil a connu un grand développement de l'assurance-pensions; elle comprend maintenant, outre les travailleurs affiliés aux caisses des chemins de fer, des services d'utilité publique, des banques et des ports, tous les travailleurs et employés de l'industrie et du commerce, affiliés à deux importantes caisses de création récente. Tous les systèmes d'assurance sont financés par une contribution égale des travailleurs, des employeurs et du Gouvernement fédéral. Les taux de prestations sont revisés périodiquement selon les prévisions actuarielles des charges à venir et la situation financière des caisses. Un strict contrôle actuariel veille constamment à la solvabilité des systèmes. Depuis août 1940, il n'est pas permis d'accorder des pensions avant l'âge de 60 ans, sauf en cas d'invalidité; pour les em-

ployés du commerce, l'âge de la retraite a été fixé à 65 ans. Les caisses accordent aussi en cas de maladie et de maternité des prestations, qui comprennent soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers, traitements préventifs, indemnités de maladie.

En Uruguay, l'assurance-pension a déjà été étendue à tous les travailleurs de l'industrie et du commerce et les caisses nationales ont été intégrées dans l' Institut national des Pensions. Au début de 1941, deux importantes réformes ont été réalisées: l'assurance-pension est devenue également obligatoire pour les employeurs, développement intéressant et significatif, et le système des réparations des accidents du travail et des maladies professionnelles a été élargi et amélioré.

Au Vénézuela, la loi fédérale sur l'assurance sociale obligatoire, adoptée en 1940, introduit l'assurance-maladie-maternité et accidents du travail en faveur des salariés de l'industrie et du commerce. Elle est sur le point d'être appliquée dans le District Fédéral et la mise au point des organismes de gestion nécessaires est avancée.

Sur la côte du Pacifique, au Chili, tous les salariés, quelle que soit leur occupation: travailleurs industriels dans la capitale, mineurs des Andes, agriculteurs des fermes les plus éloignées, ont droit à l'assistance médicale gratuite en vertu de la loi sur l'assurance-maladie. Un réseau de dispensaires et de postes de secours médicaux couvre le pays et les deux tiers des praticiens chiliens sont à la disposition des assurés. Le Congrès chilien est saisi d'un projet de réforme du système, qui prévoit l'extension de l'assistance médicale gratuite aux familles (ce qui fera passer les bénéficiaires du contrôle médical préventif de 1.300.000 à 3.600.000), la mise en vigueur de l'assurance-accidents obligatoire dans l'industrie, le commerce et l'agriculture, et l'octroi, par les assurances-invalidité et vieillesse, de pensions de base

ayant un pouvoir d'achat certain, s'ajustant au mouvement général des salaires.

Au Pérou, la Caisse Nationale des assurances sociales a ouvert en février 1941, dans les départements de Lima et d' Ica, de nouveaux hôpitaux et dispensaires, des centres d'hygiène ruraux et un service médical ambulant pour les régions rurales. L'organisation sanitaire du pays s'est ainsi enrichie d'un outillage curatif et préventif qui répond aux derniers progrès de la technique médicale et sanitaire. Des centaines de milliers de travailleurs ont maintenant libre accès aux ressources de la médecine moderne.

En Equateur, l' Institut national d'assurance est sur le point de réformer la structure financière et le système de prestations de la Caisse d'assurance des ouvriers et employés et de la Caisse de pensions des fonctionnaires. Les ouvriers et employés seront dotés d'un système d'assurance-maladie parfaitement outillé, pourvu d'un réseau de dispensaires et cliniques, et le système des pensions, simplifié et rationalisé, versera des pensions ayant un pouvoir d'achat réel.

En Bolivie vient d'être autorisée la construction, à La Paz, de la première polyclinique de la Caisse d'assurance et d'épargne des travailleurs. Le Congrès est saisi d'un programme de réformes comprenant la refonte de l'assurance des mineurs contre les accidents et les maladies professionnelles, la revision des caisses de pensions pour les travailleurs des chemins de fer et les journalistes, et l'introduction de pensions pour les mineurs se substituant au système d'épargne obligatoire qui, après plusieurs années de fonctionnement, n'a pas été en mesure de couvrir effectivement les risques.

Par contre, un système d'épargne obligatoire, prévoyant une retenue de 5 % sur les salaires des ouvriers et les traitements des employés, est entré en vigueur au Paraguay en janvier 1941 pour couvrir les risques vieil-

lesse et décès et financer les emprunts en vue de la construction des logements.

En Colombie, à Cuba et au Mexique, pays qui possèdent déjà des assurances couvrant certains risques en faveur de groupes limités de travailleurs, on envisage l'établissement de systèmes nationaux d'assurance; les études actuarielles préliminaires sont en cours et des mesures législatives paraissent prochaines.

* * *

L'esquisse que nous venons de tracer montre clairement combien universelle et puissante est la tendance à améliorer et à élargir les systèmes d'assurance sociale. Approbation unanime a été donnée aux principes sur lesquels repose l'assurance obligatoire: efficacité de la solidarité, équilibre entre les entrées et les sorties de fonds suivant les prévisions actuarielles à long terme, rôle indispensable de la prévention, titres juridiques aux prestations respectant la dignité des requérants, spécialisation des institutions d'assurances, participation des travailleurs et des employeurs à leur gestion. Ces principes ont fait leurs preuves dans les circonstances les plus diverses et sous les systèmes politiques et économiques les plus variés.

L'assurance sociale est partie intégrante de la structure de la société. Non seulement elle donne au citoyen une protection essentielle, mais elle accroît la vigueur physique, le moral et le bien-être des individus en même temps que la puissance de production et la richesse de la communauté. De plus, les liens réciproques de responsabilité qu'elle implique renforcent la solidarité sociale. Elle a donc un rôle vital à jouer dans la construction d'un monde plus équitable et plus prospère.

CHAPITRE X.

Essai d'une solution internationale
en matière d'assurance-maladie suivant le Bureau International du Travail

A. Organisation internationale de l'assurance-maladie.

Nous donnerons ci-dessous un aperçu général de la question de l'introduction d'un projet de convention internationale prévoyant l'obligation de l'assurance-maladie dans divers pays, question posée aux différents Gouvernements [1]) par le Bureau international du Tra-

[1]) La réponse du Gouvernement suisse fut la suivante:

„Le Gouvernement suisse estime que le projet de convention devrait s'abstenir de règlementer cette question. Tout au plus pourrait-il spécifier que les ressources de l'assurance sont constituées par les cotisations des assurés, afin de bien préciser le caractère d'assurance donné à l'institution. Quant aux autres contributions, c'est à la législation nationale qu'il doit appartenir de les prévoir, si elle le juge utile, et d'en fixer le montant. Les divers systèmes d'assurance-maladie présentent trop de différences entre eux pour qu'il soit désirable d'introduire une règlementation internationale sur cette matière.

Pour répondre à cette question, la Suisse doit tenir compte de l'évolution historique que l'assurance-maladie a accomplie sur son territoire. Telle qu'elle est actuellement organisée, l'assurance-maladie, en Suisse, est une assurance populaire, par quoi il faut entendre une assurance qui s'étend non seulement aux salariés (employés, ouvriers et apprentis), mais encore à d'autres catégories de personnes et notamment aux personnes travaillant pour leur propre compte.

En raison de l'évolution historique de l'assurance-maladie en Suisse, la loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents a renoncé à prescrire l'institution de l'assurance-maladie obligatoire. Par contre, elle autorise les cantons à la déclarer obligatoire „en général ou pour certaines catégories de personnes". (Art. 2).

Qu'elle soit obligatoire ou facultative, l'assurance contre la maladie doit être aussi générale que possible. En principe, il faut pouvoir excepter du champ d'application de l'assurance les personnes recevant une rémunération élevée, et limiter aux soins médicaux et pharma-

vail en 1936 [1]).

1. On a pu se rendre compte, d'après les réponses obtenues de vingt-quatre Gouvernements [2]), que la question de l'assurance-maladie était mûre pour faire l'objet d'un projet de convention. Quelques Gouvernements (Pays-Bas, Suisse — voir ci-dessus —), ont cru cependant devoir mettre en garde d'une façon générale contre le danger d'élaborer un projet de convention trop détaillée, et il y a des suggestions assez fréquentes tendant à ce que certains points particuliers soient abandonnés à la législation nationale ou ne fassent l'objet que d'une recommandation. Cependant, en dehors du Gouvernement canadien qui doit être compris dans la même catégorie (il a répondu, en effet, que, n'ayant pas l'expérience de l'assurance obligatoire, il n'était pas en mesure de donner de réponses utiles au questionnaire), le seul Gouvernement qui s'est déclaré opposé à l'adoption d'un projet de convention est le Gouvernement des Indes.

La raison principale pour laquelle ce Gouvernement préfère une recommandation semble être que ce projet de convention tiendrait compte surtout des conditions existant dans les pays européens et pourrait donc être inapplicable aux conditions spéciales des Indes. Ainsi présentée, l'argumentation du Gouvernement des Indes en faveur d'une recommandation peut sembler inspirée plutôt par une certaine défiance à l'égard du contenu possible du projet de convention que par une objection fondamentale au principe même d'un projet de con-

---

ceutiques les prestations versées aux enfants et apprentis ne touchant pas de rémunération en espèces.

Quant aux étrangers, ils doivent être admis, en principe, à participer à l'assurance contre la maladie.

Dans l'assurance-maladie facultative, il importe d'autoriser les caisses de refuser d'admettre comme membres des personnes n'ayant pas atteint ou ayant dépassé des limites d'âge déterminées.

1) Conférence internationale du Travail, Rapport sur l'assurance-maladie, Genève, 1927, p. 20, 51, 198, 210 ss.

2) Pribram P.: Le problème de l'unification des assurances sociales, Revue intern. du Travail, Genève, 1925, p. 317.

vention. On pourrait alors prévoir certaines dérogations pour tenir compte des difficultés spéciales à ce pays.

2. Pour le second point relatif au principe de l'obligation de l'assurance-maladie, il existe une majorité de dix-sept Gouvernements en faveur de ce principe contre sept. Les Gouvernements qui forment cette majorité sont: l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, la Bulgarie, l'Espagne, l'Esthonie, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Japon, la Lettonie, le Luxembourg, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Roumanie et la Tchéco-Slovaquie.

Le seul de ces Gouvernements qui ne soit pas absolu dans sa réponse est le Gouvernement italien qui déclare se réserver le droit de choisir le moment auquel le principe de l'assurance obligatoire sera mis en application, en vue d'éviter d'imposer prématurément à la production de lourdes charges. D'autre part, il est bon de remarquer que parmi ces réponses se trouvent celles de quelques pays qui ont encore, à l'heure actuelle, un système d'assurance volontaire subventionnée qu'ils se préparent à abandonner pour un système obligatoire (par exemple la France), ou qui ne possèdent encore aucun système d'assurance publique contre la maladie (l'Espagne; l'Italie, sauf dans les nouvelles provinces). Le principe de l'obligation est également envisagé par le Gouvernement australien qui a fait savoir au B. I. T. que sa réponse au questionnaire avait été retardée afin de permettre de tenir compte des résultats des enquêtes officielles qui ont été entreprises en vue d'instituer dans ce pays un nouveau système.

Un certain nombre de réponses de la majorité s'étendent avec beaucoup de détails sur les avantages qu'a le système obligatoire sur le système volontaire, et font remarquer combien peu appropriée serait une solution internationale du problème posé, solution qui serait fondée sur un autre principe que celui de l'obligation. Il n'est pas nécessaire d'entrer ici dans le détail de ces considérations; il suffira de résumer brièvement

les réponses qui ont été données pour justifier la nécessité de faire du principe de l'obligation la base du projet de convention. Ces réponses sont les suivantes.

a) Dans les conditions de la vie moderne, la protection de la santé du travailleur est une question qui non seulement le concerne directement, mais qui intéresse également la communauté; pour cette raison, celle-ci ne doit pas l'abandonner à ses propres ressources et à sa propre initiative.

b) L'expérience démontre que, même subventionnée, l'assurance volontaire, malgré les progrès qu'elle a accomplis au cours de ces soixante dernières années, engage rarement plus d'une partie relativement faible des travailleurs à se prémunir contre les risques de la maladie.

c) Le système obligatoire est le seul moyen vraiment efficace pour protéger la classe ouvrière dans son ensemble.

d) Seule l'obligation d'adopter ce système peut garantir d'une façon satisfaisante que les charges financières résultant de l'assurance-maladie seront plus ou moins égalisées dans les divers pays.

Les Gouvernements qui se trouvent dans la minorité sont ceux du Canada, du Danemark, de la Finlande, de l' Inde, de la Norvège, de la Suède et de la Suisse.

A l'exclusion des réponses du Canada et de l' Inde auxquelles il a déjà été fait allusion, les réponses des autres Gouvernements proposent que ce système obligatoire n'entraîne pas l'exclusion du système volontaire qui est encore appliqué actuellement dans quatre de ces pays.

C'est ainsi que le Gouvernement suisse estime que le projet de convention devrait laisser chaque pays libre

d'adopter le système qu'il préfère, et permettre aux pays comme la Suisse, qui ont un système „populaire", de le maintenir.

De même, les Gouvernements du Danemark, de la Finlande, de la Norvège et de la Suède, dont les réponses sont conçues en termes presque identiques, tout en reconnaissant la supériorité du système obligatoire pour la protection effective des travailleurs, estiment que, étant donné que dans l'un des pays scandinaves (le Danemark) le système volontaire a donné des résultats comparables, dans l'ensemble, à ceux du système obligatoire, et en raison des charges financières qui résulteraient de la substitution d'un nouveau système obligatoire au système volontaire existant, le projet de convention ne devrait pas prévoir de système particulier, mais imposer seulement l'obligation d'instituer un système d'assurance-maladie „satisfaisant", soit obligatoire, soit volontaire, qui offrirait à chaque travailleur la possibilité de faire partie d'une caisse d'assurance-maladie subventionnée par l'Etat, et dont il recevrait, en cas de maladie, des prestations en nature et en espèces.

Si l'on considère le premier motif allégué en faveur de cette proposition, on doit reconnaître en effet que le système danois d'assurance libre donne de bons résultats et groupe la grande majorité des travailleurs, mais son succès semble dû à des conditions tout à fait spéciales dont la réalisation, dans les autres pays, nous paraît fort problématique. D'abord, les pouvoirs publics contribuent aux charges, en accordant aux caisses-maladie des subsides s'élevant au tiers environ de leurs dépenses; puis, l'affiliation à une caisse-maladie comporte automatiquement pour l'assuré le bénéfice d'une assurance contre invalidité également subventionnée par l'Etat. En outre, les dépenses des caisses-maladie sont diminuées par l'utilisation qu'elles peuvent faire d'un bon outillage sanitaire créé par les municipalités. Ces conditions particulièrement favorables nous parais-

sent expliquer dans une large mesure le développement de l'assurance libre parmi les travailleurs danois.

L'examen des autres systèmes nationaux montre qu'en général, la participation financière de l'Etat reste assez limitée, que dans plusieurs pays seulement elle s'accroît lentement et dans une faible mesure.

D'un autre côté, il est intéressant de signaler que, dans aucune réponse de la minorité que nous passons actuellement en revue, il n'est question de contester, pour des raisons d'ordre général, la supériorité du système obligatoire. Au contraire, à l'exception du Gouvernement suisse qui ne formule pas d'opinion sur les mérites de l'un ou de l'autre système, tous les Gouvernements dont il s'agit ont, comme nous l'avons déjà indiqué, expressément reconnu dans leur réponse les avantages de l'assurance obligatoire; cette observation s'applique également au Gouvernement danois.

En fait, l'un de ces pays (la Norvège) possède déjà un système d'assurance obligatoire, un autre (la Finlande) déclare que ce système est considéré comme celui qui convient le mieux, sous réserve de certaines exceptions locales que la nature du pays exige, et un troisième (la Suède), indique que la principale raison qui a empêché jusqu'ici l'adoption des projets d'assurance obligatoire qui ont été proposés à plusieurs reprises est la question financière, mais il n'est pas impossible qu'au cours de son développement futur, le système suédois soit basé sur le principe de l'obligation.

Toutefois, en dehors de ces considérations, quelle base la proposition des pays scandinaves fournit-elle pour l'élaboration d'une convention internationale [1])? Comme nous l'avons vu, le résultat de cette proposition est de placer sur le même pied l'assurance obligatoire imposée et l'assurance libre. Si l'on adoptait ce principe

[1]) Krzeczkowski K.: Les assurances sociales et la législation internationale, Revue intern. du Travail, Genève, 1923, p. 687.

comme base d'un projet de convention, quelle serait alors l'obligation imposée aux Etats qui le ratifieraient et quelle garantie fournirait-elle pour une protection efficace des travailleurs?

En effet, les pays qui désirent maintenir ou adopter le système d'assurance libre devraient s'engager à accorder aux salariés la faculté de s'assurer contre la maladie dans des conditions déterminées. Les Etats contractant cet engagement auraient à pourvoir à une organisation d'assurance telle que tous les salariés qui le désirent puissent s'assurer. Il suffirait d'établir un réseau de caisses de maladie s'étendant à tout le territoire de l'Etat, ou de compléter un réseau existant par la création de caisses publiques, et en outre d'imposer aux caisses de maladie l'admission, dans des conditions déterminées, en qualité de membre participant, de tout salarié qui le demanderait.

Il semble d'ailleurs que l'application de cette solution rencontrerait dans la pratique des difficultés considérables et que les résultats que l'on en peut attendre seraient bien incertains.

Sa mise en pratique exigerait en premier lieu l'existence, sur tout le territoire de chaque Etat, d'un réseau complet de caisses d'assurance facilement accessibles à tout travailleur qu'on veut amener à s'assurer. Lorsque l'initiative privée ferait défaut, l'Etat devrait assumer la responsabilité de la création des caisses nécessaires. L'effort, relativement limité dans les pays où les sociétés mutuelles sont largement développées, serait considérable dans les nombreux pays où l'assurance libre n'a atteint qu'une faible extension. Puis, on peut se demander si ces caisses exerceraient sur les travailleurs une attraction suffisante pour vaincre l'imprévoyance, surtout parmi les salariés les plus pauvres, et si leur équilibre financier ne serait pas constamment mis en danger par l'insuffisance et l'instabilité de leurs effectifs. En outre, comme tout salarié devrait être admis sur sa demande, et que les prestations ne sauraient être

inférieures à un taux minimum à déterminer pour assurer une protection suffisante du risque, il serait à craindre que l'on aboutisse à une anti-sélection des risques: admission des individus faibles ou malades, et abstention des individus bien portants, ce qui ruinerait rapidement la caisse. Comme, d'autre part, il serait impossible d'exiger des salariés des contributions dépassant une certaine limite, sous peine de provoquer de nombreuses défections, il serait indispensable de faire appel à de larges contributions des pouvoirs publics.

Ainsi, tout en donnant à l'Etat une large initiative administrative, que les partisans de la liberté semblent vouloir précisément éviter, tout en lui imposant une lourde participation financière, serait-on loin d'être certain d'aboutir à la généralisation et à la stabilité de l'assurance. On risquerait de soulever toutes les objections que rencontre généralement l'obligation, sans obtenir aucun de ses avantages.

En dernier lieu, comme un engagement international fondé sur le principe proposé pourrait être observé irréprochablement au point de vue juridique aussi bien par un Etat où l'assurance ne réussit à réunir qu'un petit nombre d'assurés que par ceux où l'assurance obligatoire englobe pratiquement la totalité des salariés, il en résulterait non seulement que le niveau de protection des travailleurs contre la maladie varierait d'un pays à l'autre, mais encore, comme un certain nombre de Gouvernements et en particulier le Gouvernement allemand l'ont fait remarquer, qu'il n'y aurait aucune garantie de l'équilibre relatif des charges de la production entre les différents pays.

Avant d'abandonner cette question, il convient de signaler ici certaines considérations qui ont été exposées dans les réponses des Gouvernements de la Finlande et de l'Inde et qui ont soulevé une question spéciale susceptible d'intéresser également d'autres pays.

Ainsi, le Gouvernement finlandais avait exprimé l'avis que l'assurance obligatoire convenait mieux aux

besoins de la Finlande, sous réserve de certaines exceptions d'ordre local. Ces exceptions seraient nécessaires dans des localités où, en raison de la faible densité de la population, de l'organisation insuffisante des communications ou de la rareté des médecins, il serait matériellement impossible d'appliquer un système obligatoire.

Le gouvernement de l' Inde a également estimé que la possibilité matérielle de l'institution d'un système obligatoire dépend entre autres de différents facteurs tels que, par exemple, l'existence de médecins compétents.

En définitive, il semble désirable de tenir compte des difficultés matérielles de la nature de celles qui sont formulées dans l'exposé ci-dessus. Dans les pays industriels les plus anciens, ces difficultés n'existent pas mais, par contre, dans un certain nombre d'autres pays, et particulièrement dans les pays d'outre-mer, elles constituent un véritable obstacle à l'application générale immédiate d'un système d'assurance obligatoire pour tout le pays. Il faut en outre remarquer que ces difficultés se rencontrent plus fréquemment à propos de l'assurance des ouvriers agricoles qu'à propos des autres travailleurs. Il faudrait donc consacrer à l'agriculture un projet de convention séparé qui puisse amoindrir ces difficultés. On pourrait arriver à ce dernier résultat en incorporant, par exemple, au projet de convention, une disposition générale autorisant des dérogations temporaires dans certaines contrées tant que ces difficultés ne seront pas vaincues.

B. Solution des conflits. [1])

L'assurance-maladie crée des obligations et des droits qui peuvent donner lieu à des contestations entre les institutions, les employeurs, les assurés, les médecins et pharmaciens, etc. Les plus fréquents des conflits surgissent entre les institutions d'assurance et les employeurs pour le jeu de l'obligation d'assurance et pour la fixation du montant et le payement des contributions, entre les employeurs et les assurés pour la répartition des cotisations, entre les institutions d'assurance et les médecins ou pharmaciens pour la détermination des tarifs d'honoraires, et surtout entre les institutions d'assurance et les assurés au sujet du droit aux prestations, de leur montant et de leur durée.

§ 1. La solution des conflits relatifs aux prestations.

L'institution d'assurance doit, dans des délais déterminés, fixer les prestations. Si elle n'accomplit pas en temps utile cette obligation ou si l'assuré s'estime lésé par la décision prise, des voies de recours judiciaires lui restent ouvertes pour défendre ses prétentions. De nombreuses dispositions légales — par exemple, en Suisse, les art. 25, 120, 121 et 122 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie et les accidents du 13 juin 1911 — protègent les assurés en prescrivant que toute décision sur une requête formulée aux fins d'attribution de prestations devra, sous peine de nullité, indiquer les voies de droit dont dispose l'assuré.

Les litiges au sujet des prestations de l'assurance-maladie sont de la compétence, soit des tribunaux ordinaires, soit d'arbitres ou de commissions d'arbitrage, soit enfin de juridictions spéciales d'assurance (tribunaux d'assurance ou offices d'assurance siégeant au contentieux).

La compétence des tribunaux ordinaires est la règle dans l'assurance-maladie libre où le droit aux prestations

---

[1]) Conférence internationale du Travail: L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 71 ss.

est considéré comme de droit privé; cependant, les statuts des institutions prévoient fréquemment le renvoi des différends devant une juridiction arbitrale.

L'assurance obligatoire fait de moins en moins appel aux tribunaux ordinaires; ceux-ci sont remplacés par des juridictions arbitrales dont les membres sont, soit élus par les organes supérieurs des institutions d'assurance, assemblée générale ou assemblée des délégués, soit nommés par l'administration communale. Une autre solution consiste à confier la décision, soit à un arbitre désigné par l'assureur, soit à un collège de trois arbitres, dont un choisi par l'assuré.

Les tribunaux d'assurance, office d'assurance siégeant au contentieux ou tribunaux spéciaux, sont institués par les Etats qui cherchent à obtenir l'unité de jurisprudence pour l'ensemble des assurances sociales. Ils sont formés de juges de carrière (fonctionnaires de l'administration, dans les cas d'office d'assurance statuant au contentieux) et d'assesseurs pris dans les milieux des employeurs et des assurés.

a) Tribunaux ordinaires.

Dans les régimes d'assurance libre, les tribunaux ordinaires sont compétents lorsque la loi ou les statuts ne prévoient pas de juridiction arbitrale.

D'après la législation fédérale suisse [1]), les différends de droit privé survenant entre les caisses et leurs membres relèvent du juge de droit commun, à moins que la législation cantonale ou les statuts n'en disposent autrement. Neuf cantons [2]) ont réservé le jugement de ces litiges à certains tribunaux qui interviennent comme tribunaux d'assurance [3]); dans les autres cantons, la

---

[1]) Loi fédérale du 13 juin 1911, art. 25, 120, 121 et 122.

[2]) Volkswirtschaft, Arbeitsrecht u. Sozialversicherung der Schweiz, Einsiedeln, 1925, p. 911 (sans astérisque): Argovie, Appenzell Rhodes-Intérieures, Appenzell Rhodes-Extérieures, Grisons, Soleure, Tessin, Uri, Valais, Zurich.

[3]) Silbernagel-Caloyanni Alfred: Organisation politique, administrative et judiciaire de la Confédération helvétique et de chaque canton, Paris, 1936, p. 85.

procédure civile est applicable, mais les caisses elles-mêmes peuvent prescrire dans leurs statuts que des juridictions arbitrales ou un de leurs organes, ordinairement l'assemblée générale, seront compétents pour statuer sur les différends s'élevant entre elles et leurs membres.

D'après la loi suédoise, par exemple, les conflits relatifs aux prestations d'assurance doivent être portés devant le tribunal de première instance territorialement compétent lorsque les statuts de la caisse ne désignent pas un ou plusieurs arbitres.

Parmi les Etats d'assurance obligatoire, l'Allemagne a aboli en 1914 la compétence des tribunaux ordinaires.

En Grande-Bretagne, les „county courts" et les „courts of summary jurisdiction" ne sont compétentes que si les statuts des sociétés mutualistes („friendly societies") ne prévoient pas de juridiction arbitrale, — ce qui n'est le cas que pour une minorité de caisses, — ou si la juridiction arbitrale n'a pas décidé dans les quarante jours sur le différend qui lui a été soumis.

b) Arbitres ou juridictions arbitrales.

En Bulgarie, en Grande-Bretagne et en Norvège, chaque institution doit établir une juridiction arbitrale. Des différences considérables existent quant à la composition et la procédure des juridictions arbitrales, ainsi que quant à la force exécutoire de leurs sentences.

D'après la législation bulgare, les différends relatifs aux prestations sont tranchés par un tribunal arbitral composé d'un juge de paix local et de deux assesseurs élus, l'un par les employeurs, l'autre par les assurés.

D'après la loi britannique, le statut de toute institution d'assurance doit prévoir une procédure d'arbitrage. Le statut type adopté par les 4/5 des sociétés approuvées contient des prescriptions complémentaires aux termes desquelles l'institution d'assurance désigne un premier arbitre, le requérant étant de son côté

libre de désigner un arbitre de son choix. Les deux arbitres se mettent d'accord pour désigner un troisième arbitre; si l'accord ne peut être réalisé, le troisième arbitre est choisi par tirage au sort. La sentence arbitrale doit être rendue dans les quatorze jours suivant l'audition du requérant. La partie succombante supporte les frais du procès à concurrence de 10 shillings, et, en cas d'appel téméraire, à concurrence de 20 shillings. Les institutions n'ayant pas adopté le statut type règlent les conditions d'arbitrage selon des modalités variant considérablement d'une institution à l'autre. Quelques grandes institutions d'assurance prévoient dans leurs statuts la possibilité de porter l'appel devant trois juridictions successives. Après épuisement du droit d'appel, la dernière sentence arbitrale peut être attaquée devant le Ministère de l'hygiène. Si le recours est admis, un juriste, expert choisi sur une liste spéciale, est désigné par le Ministère pour statuer sur le différend.

En Norvège, les litiges en matière de prestations sont de la compétence d'une juridiction arbitrale dont les membres — un syndic, un employeur, un salarié — sont désignés par l'autorité communale. Si un accord préalable est intervenu sur ce point, la sentence arbitrale est définitive; dans les autres cas, elle est susceptible de recours devant l'office d'assurance d'Etat.

c) Tribunaux d'assurance.

Des tribunaux d'assurance existent notamment en Allemagne, en Hongrie, en Italie, en Roumanie et en Suisse. (Il en existait également en Yougoslavie et en Tchécoslovaquie).

En Allemagne, les conseils du contentieux des offices d'assurance, composés d'un président et de deux assesseurs choisis, l'un parmi les employeurs et l'autre parmi les assurés, constituent la juridiction de première instance devant laquelle sont portés les différends en matière de prestations. Le président ne décide seul

que des différends de faible importance. Les décisions du conseil du contentieux de l'office d'assurance sont susceptibles d'appel devant l'office supérieur d'assurance, dont la Chambre du contentieux est composée d'un membre de l'office supérieur d'assurance, président, d'un employeur et d'un assuré, assesseurs. Les jugements de la Chambre du contentieux sont, lorsque l'importance du différend le justifie, susceptibles de revision par l'Office des assurances du Reich, la revision ne pouvant être fondée que sur le fait que le jugement repose sur le défaut d'application ou sur une application erronée du droit ou qu'il va à l'encontre des pièces du dossier ou que la procédure est entachée de vices essentiels. La section du contentieux de l'Office fédéral des assurances statuant sur la revision est composée de cinq membres, dont un employeur et un salarié.

En Italie, dans les „Nouvelles provinces", les juridictions contentieuses de l'assurance-invalidité sont compétentes pour régler les différends portant sur les prestations de l'assurance-maladie. Une section composée d'un magistrat de l'ordre judiciaire, président, et de deux assesseurs, nommés par l'Etat, l'un comme représentant des employeurs et l'autre comme représentant des employés, juge en première instance.

D'après les lois hongroise et roumaine, les différends portant sur les prestations doivent être déférés en première instance à une juridiction composée de trois membres: le président du tribunal d'arrondissement, un représentant des assurés et un représentant des employeurs. En Hongrie, il peut être fait appel des décisions des juges de première instance devant le tribunal supérieur des assurances qui, pour statuer, doit être composé de cinq membres: le président du tribunal supérieur, deux magistrats de carrière, un représentant des employeurs et un représentant des assurés, désignés par le président.

En Roumanie, le recours contre les sentences des juges de première instance est porté devant une Cour

d'appel composée de trois membres de la Cour de cassation.

La procédure contentieuse de fixation des prestations doit, dans l'intérêt du requérant et des institutions d'assurance, répondre à plusieurs conditions: elle doit, en raison des besoins des assurés, être rapide et accessible aux personnes dénuées de moyens. Les décisions doivent, tout en appliquant scrupuleusement les prescriptions de la loi, tenir compte des conditions d'existence de l'assuré et des buts de l'assurance. Seule une jurisprudence empreinte de constance et d'unité peut éclairer les assurés et les institutions d'assurance sur l'existence et l'étendue du droit aux prestations.

Dans quelle mesure les diverses juridictions contentieuses remplissent-elles ces conditions?

1. Les tribunaux ordinaires (de droit commun) ne peuvent, en raison de leur procédure et de leurs multiples attributions, trancher rapidement les litiges en matière de prestations d'assurance qui surchargent les rôles. En outre, de nombreuses contestations relatives aux prestations portant sur des sommes peu élevées en valeur absolue ne peuvent être portées en appel, ce qui fait obstacle à l'unité de jurisprudence. Enfin, on peut craindre que les sentences rendues par des juridictions composées exclusivement de magistrats de carrière ne tiennent pas suffisamment compte des buts de l'assurance et des besoins des assurés.

C'est pourquoi, les tribunaux ordinaires ne sont nulle part, au moins dans l'assurance obligatoire, les juridictions exclusives et qu'ils n'interviennent qu'après échec d'une procédure d'arbitrage.

2. Les juridictions arbitrales spéciales présentent, en raison tant de leur spécialisation dans les questions relatives aux prestations de l'assurance que de la collaboration de représentants des intéressés, les garanties d'une procédure rapide et d'une jurisprudence harmonieuse. Les frais incombant, en cas d'insuccès, au re-

quérant sont, les appels téméraires mis à part, minimes. Cependant, on reproche parfois aux juridictions arbitrales une certaine incompétence juridique lorsqu'elles ne comprennent pas de magistrats de carrière, et un manque d'unité de jurisprudence par suite de la non permanence des arbitres.

3. Dans les tribunaux d'assurance, tribunaux spéciaux ou juridictions contentieuses des offices d'assurance, les éléments n'appartenant pas à la magistrature jouent un rôle important et apportent une connaissance approfondie des conditions de vie des assurés. La constance de la jurisprudence et sa conformité aux lois sont assurées par des magistrats de carrière, l'unité de la jurisprudence par le recours à un tribunal supérieur ou Cour d'appel, composé soit d'un ou de plusieurs magistrats de carrière et d'assesseurs n'appartenant pas à la magistrature, soit uniquement de magistrats. Magistrats et assesseurs jouissent, dans l'exercice de leurs fonctions, de l'indépendance des juges, ce qui donne une nouvelle garantie d'impartialité aux jugements rendus.

§ 2. La solution des autres conflits.

La solution des conflits ne portant pas sur les prestations appartient, en général, aux autorités de contrôle de l'Etat, qui peuvent être soit les autorités politiques générales (ministères, préfets, etc.), soit des autorités de contrôle créées spécialement pour l'assurance sociale. Elles interviennent soit en première instance, soit sur appel après échec d'une procédure d'arbitrage. Les décisions sont prises soit par un conseil ou collège, soit par un seul fonctionnaire.

L'organisation des autorités de contrôle dépend très étroitement, dans chaque pays, du caractère et des attributions des autorités administratives et judiciaires et donne lieu à des solutions nationales si variées qu'il nous paraît difficile de prévoir une réglementation internationale pour l'ensemble des conflits que peut provoquer l'assurance-maladie.

CHAPITRE XI.

Efforts accomplis en Suisse sur le plan des assurances sociales

suivant la loi du 13 juin 1911 [1]

A. L'assurance-maladie.

§ 1. Développement historique des caisses-maladie.

Les premières caisses-maladie remontent en Suisse au moyen âge. Ce n'étaient pas encore des caisses dont l'activité s'étendait à tout le territoire d'un canton. C'étaient plutôt des caisses locales qui jouissaient de la bienveillance de la population. Il n'y avait pas encore de règles bien établies pour la répartition des secours. Ceux-ci étaient attribués aux membres qui en avaient le plus besoin. Les cotisations n'étaient pas élevées, car on pouvait compter sur l'appui généreux de nombreuses personnes aisées, et si l'Etat n'accordait pas de subventions, ceux qui jouissaient d'une situation sociale élevée avaient à coeur de soutenir les faibles en s'inscrivant personnellement comme membres actifs de ces sociétés. Celles-ci n'englobaient qu'une faible partie de la population. Leurs ressources leur permettaient bien de faire oeuvre charitable, mais n'étaient pas suffisantes

[1] Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et accidents (LAMA); exposé et commentaires.

Arrêtés du Conseil fédéral des 22 juillet 1936 et 16 janvier 1940 concernant l'assurance-maladie.

Ordonnances fédérales I, II et III de l'assurance-maladie.

Recueils No 1 à 7 des décisions de principe et des réponses données jusqu'au 31 juillet 1935.

pour généraliser l'assurance et l'établir sur des bases plus étendues et plus conformes aux principes d'une véritable assurance.

Le professeur bâlois, M. le Dr Hermann Kinkelin, a établi en 1865 les premières statistiques concernant l'assurance-maladie en Suisse. Il ressort de celles-ci qu'en 1348 déjà, la Caisse-maladie des Sapeurs-pompiers de Bâle fut créée, puis celle des tonneliers en 1554.

De 1643 à 1830, il se fonda en Suisse 38 caisses-maladie, dont une en Suisse romande, à Lausanne, en 1803. La presque totalité des 92 caisses créées de 1500 à 1830 ont comme base le principe de la mutualité. Comme la finance d'entrée et les cotisations étaient relativement basses, la caisse payait les frais de traitement à l'hôpital et une petite indemnité journalière.

En 1844, le canton de Zurich, par une loi, obligea les „Gesellen", ou ouvriers étrangers, d'entrer dans une caisse-maladie. Les patrons avaient le droit de retenir les cotisations sur la paye.

En 1860, on compte dans le canton de Glaris 17 caisses avec 4.257 membres. Au début, les hommes seuls pouvaient en faire partie, car on craignait des dépenses trop élevées en admettant les femmes. Celles-ci furent acceptées plus tard.

En 1867, il existait à Bâle 59 caisses-maladie groupant 13.178 membres [1]).

C'est vers 1885 qu'apparaissent les premières interventions de la Confédération. Il n'y a pas de doute que le libéralisme avait laissé le travailleur manuel et même intellectuel dans l'impossibilité d'assurer son avenir et celui de ses semblables. Aussi demandait-on dans certains milieux, milieux d'ailleurs plutôt favorables à une certaine centralisation et assez enclins à faire oeuvre sociale pour faire passer devant le peuple certains mo-

---

[1]) Bulletin de la Fédération romande des sociétés de secours mutuels, Un peu d'histoire sur l'assurance-maladie, Lausanne, 15 juillet 1937, No 7, p. 105 et 106.

nopoles qui leur étaient chers, de légiférer en matière d'assurance sociale. C'est le 26 octobre 1890 [1]) que le peuple adopta l'art. 34 bis de la Constitution ayant la teneur suivante:

„La Confédération introduira par voie législative l'assurance en cas d'accident et de maladie en tenant compte des caisses de secours existantes. Elle peut déclarer la participation à ces assurances obligatoire en général ou pour certaines catégories de citoyens".

Il fut donc déposé devant les Chambres un projet de loi unique sur l'assurance contre les accidents et la maladie et sur l'assurance militaire. Cette loi, appelée du nom de son auteur loi Forrer [2]), décrétait l'assurance obligatoire dès l'âge de quatorze ans pour toutes les personnes travaillant pour le compte d'autrui, y compris l'industrie domestique. On constituait des caisses d'arrondissements, des caisses d'entreprises et des caisses libres contrôlées par l'Etat. On assurait les soins médicaux et pharmaceutiques gratuits et au moins le 60 % du salaire perdu dès le troisième jour. Les recettes étaient constituées par les subsides de la Confédération, les contributions des assurés et celles des employeurs. Les subsides étaient au minimum de 1 centime par jour et par assuré, plus 1 centime par jour pour les assurés appartenant à l'agriculture, aux arts et métiers et à la petite industrie.

Les contributions des employés et des employeurs pouvaient atteindre jusqu'à 4 % du salaire. Les cantons devaient supporter les déficits des caisses d'arrondissements, les chefs d'entreprises, ceux des caisses d'entreprises. On calculait que les dépenses de la Confédération, pour l'application de cette loi, atteindraient le chiffre de 5 millions pour l'assurance-maladie et de 2,5 millions pour l'assurance-accidents. On voit donc qu'il était sé-

1) Schnurrenberger Elsa: Die Ausgabensteigerung und ihre Bekämpfung in der schweizerischen sozialen Krankenversicherung, Affoltern im Albis, 1938, p. 1.

2) Hünerwadel Hans: Die Krankenversicherung, Berne, 1938, p. 9.

rieusement question, dans ce projet, d'étatiser l'assurance contre la maladie et les accidents dont le cinquième des charges serait supporté par la Confédération. Pour couvrir ces frais, on prévoyait le monopole du tabac et des économies dans l'administration fédérale, surtout dans le budget militaire de l'époque. Le projet Forrer fut repoussé par tous les cantons, sauf Glaris. Mais la question devait être reprise plus tard. Dès le 1er juin 1900, M. Stussi, Chancelier d'Etat à Zurich, proposait à la Confédération de payer annuellement à chaque canton la somme de fr. 5.000.— par deux mille habitants, à charge aux cantons de fournir gratuitement à tous leurs habitants les soins médicaux et les médicaments nécessaires. De différents côtés, en particulier les grandes Ligues suisses des femmes, les associations de caisses-maladie, des unions diverses et des particuliers, on exprima le voeu que la Confédération remît aux cantons la somme annuelle que lui aurait coûté la loi de 1889 au profit des caisses-maladie ou, à défaut, qu'elle légifère à nouveau sur la question en subventionnant les cantons qui décrèteraient l'assurance obligatoire ou les caisses libres dans les autres cantons.

La question fut rapidement reprise, mais au lieu de décréter à nouveau l'assurance obligatoire, on a cru voir, à tort ou à raison [1]), par la création des caisses publiques ou d'arrondissements, un commencement d'éta-

---

[1]) Les „fédéralistes" craignaient de voir s'accroître l'omnipotence de la Confédération dans les questions économiques, prépondérance économique devant fatalement entraîner une centralisation politique toujours plus forte, ceci, évidemment, au détriment de la souveraineté cantonale.

Au contraire, les „centralisateurs" voyaient avec plaisir l'introduction d'une assurance obligatoire qui impliquait, par le fait même, une mainmise plus ou moins complète et rapprochée de la Confédération sur une partie importante de la vie économique du pays. Le système adopté fut moyen: la Confédération respecta les caisses de secours existantes qui pouvaient, comme par le passé, rester tout à fait indépendantes de la Confédération. Par contre, celle-ci créait l'Office fédéral des assurances sociales chargé d'allouer des subsides aux caisses qui en feraient la demande. En contre-partie, ces caisses „reconnues" doivent se soumettre au contrôle du dit Office et remplir certaines conditions déterminées.

tisme et un danger pour l'existence des caisses libres de secours mutuels, comme aussi une responsabilité trop grande pour les cantons et les employeurs. On a prévu simplement l'encouragement à l'assurance par le subventionnement, mais on a voulu que ce subventionnement, qui est une conséquence de la mise en application de l'art. 34 bis de la Constitution, soit garanti aux caisses-maladie reconnues.

Il était en effet nécessaire que les caisses reconnues puissent faire fond sur la stabilité d'un subside qu'elles escomptaient lors de la fixation d'une contribution. En réduisant, dès une certaine date, le montant des subsides, la Confédération aurait obligé les caisses à réduire, en cours de contrat, les prestations garanties, ou à augmenter les contributions convenues, au mépris de la notion même d'assurance. C'est pourquoi, la question du subside avait une importance telle qu'on a voulu qu'il soit fixé par la loi elle-même et ne pas lui faire courir les chances d'un débat annuel. Toutefois, le subventionnement n'a été garanti qu'à certaines conditions. Tout d'abord, il ne serait attribué qu'aux caisses „reconnues", et cette reconnaissance n'était donnée qu'aux caisses qui satisferaient aux conditions de la loi du 13 juin 1911, c'est-à-dire aux principes généraux suivants [1]):

tout citoyen suisse a le droit de s'affilier à une caisse dont il remplit les conditions statutaires d'admission;

les membres des caisses-maladie ont le droit de s'assurer à la fois auprès de deux caisses au plus;

les caisses doivent admettre aux mêmes conditions les personnes de l'un et de l'autre sexe;

le libre-passage d'une caisse à une autre est garanti aux assurés sans finance d'entrée et sans stage;

l'indemnité de chômage doit être au minimum de

[1]) Hünerwadel Hans: Die Krankenversicherung, Berne, 1938, p. 64.

180 jours sur une période de 360, soit pour l'assurance de l'indemnité de chômage, soit pour celle des soins médicaux et pharmaceutiques.

Cette assurance des soins médicaux et des médicaments doit être garantie pour les ¾ au moins. L'assistance médicale comprend comme prestations minima les soins médicaux et pharmaceutiques. (La loi ne donne pas de définition précise de ce qu'il convient d'entendre par assistance médicale et pharmaceutique. Les décisions du Conseil fédéral et du Département fédéral de l'économie publique ont précisé cette notion).

En cas d'opérations faites dans les hôpitaux, les caisses sont obligées de supporter les frais d'hospitalisation. Une liste des spécialités admises a été élaborée par le Concordat des caisses d'assurance-maladie suisses.

Ne sont admis au traitement des assurés que les médecins possédant le diplôme fédéral, à l'exception des médecins pourvus d'une autorisation cantonale. Une règlementation similaire est en vigueur pour les pharmaciens.

Les caisses de maladie peuvent opter entre le système du libre choix absolu ou limité. Dans le premier cas, chaque praticien peut être admis en principe; dans le second, ne sont admis que les médecins avec lesquels la caisse-maladie a conclu un contrat. Cependant, même les médecins qui n'avaient pas d'emblée signé le contrat avec la caisse peuvent y adhérer ultérieurement. Une restriction du droit d'adhésion est prévue cependant pour les contrées montagneuses où les caisses ont le droit de ne conclure un contrat qu'avec un seul médecin. Cette règlementation s'explique par le fait que, dans les régions montagneuses, des indemnités spéciales doivent être versées aux praticiens.

La durée minimum d'attribution des prestations en espèces et en nature est de 180 jours au cours d'une période de 360 journées consécutives. Dans les cas où

les prestations en nature dues par la caisse ne comprennent qu'une assistance médicale réduite, celle-ci doit être accordée pendant 270 journées au cours d'une période de 360 jours. La loi autorise les caisses à réduire leurs prestations en nature aux trois quarts. Les caisses qui accordent l'assistance médicale doivent demander à leurs membres, selon une décision du Conseil fédéral du 22 juillet 1936, une participation de 10 % aux frais médicaux et pharmaceutiques. L'indemnité journalière doit s'élever à fr. 1,—, au moins; la plupart des caisses accordent des indemnités plus élevées allant jusqu'à fr. 12,— par jour.

Il n'existe pas, en Suisse, de régime spécial d'assurance-maternité. Toutefois, les caisses de maladie reconnues sont tenues d'assimiler l'accouchement à une maladie. Les prestations sont attribuées pendant 6 semaines. Lorsque l'assurée allaite son enfant au delà de six semaines, et pendant au moins dix semaines, la Caisse doit lui verser une indemnité d'allaitement spéciale de fr. 20,—, indemnité qui lui est remboursée par la Confédération.

Les ressources sont constituées par les cotisations des membres. Les employeurs ne sont pas tenus de contribuer à l'assurance, mais, en fait, de telles contributions sont fréquemment versées, à titre volontaire. La subvention annuelle de la Confédération s'élève par tête d'assuré à fr. 3,50 au minimum et fr. 5,50 au maximum. En outre, la Confédération accorde une allocation de fr. 20,— pour chaque cas d'accouchement. Des subventions spéciales sont versées au bénéfice des membres de caisses de maladie des régions montagneuses. Comme, dans certaines de ces régions, il n'existe pas encore de caisses-maladie, la loi prévoit l'octroi de subventions fédérales qui diminuent les charges de l'assistance médicale et obstétricale. Des subventions extraordinaires sont en outre versées par la Confédération depuis un certain nombre d'années. Les subventions accordées par la Confédération, conformément à la loi,

ont subi une réduction par suite des mesures d'économie qui ont été prises au cours de ces dernières années. Le total des subventions fédérales versées au cours de l'année 1940 s'est élevé à fr. 10.857.000,—.

L'acceptation de la loi de 1911 eu pour effet un développement considérable de l'assurance-maladie dans tous les cantons. Au moment de l'entrée en vigueur de la loi, on estimait le nombre des caisses à plus de 400 et l'effectif des membres à environ 330.000. Outre les caisses déjà existantes, il s'est fondé en Suisse un grand nombre de nouvelles institutions. C'est à ce moment-là qu'apparaissent en particulier les grandes caisses intercantonales qui se créèrent grâce aux subventions fédérales et cantonales car, il faut le dire, les cantons contribuèrent pour une large part à favoriser aussi le développement de l'assurance-maladie, surtout parmi les enfants.

A la fin de l'année 1940, il existait 1147 caisses reconnues avec un effectif de 2.104.112 assurés, dont 867.041 hommes, 837.371 femmes et 399.700 enfants. Les caisses centralisées réunissaient 3520 sections. Il y a lieu de faire remarquer que l'introduction de l'assurance obligatoire dans plusieurs cantons: Bâle-Ville, St-Gall, Appenzell Rhodes-Extérieures et Thurgovie, contribua beaucoup à ce développement.

L'encouragement à l'assurance par le système du subventionnement avait donc atteint son but, puisque, actuellement, la moitié environ de la population suisse est assurée. Toutefois, l'accroissement des membres et les exigences de la Confédération en matière comptable ont eu pour effet de commercialiser, pour ainsi dire, l'assurance: d'oeuvre charitable et de société d'entr'aide, la mutualité s'est transformée en assurance où tout est régi par des règlements. Ce fait est tout particulièrement constaté dans les grandes caisses suisses, telles que l'Helvetia, le Grütli, la Concordia, etc. [1])

[1]) Voir p. 40.

Ces dernières caisses ne sont pas locales, mais intercantonales. Elles recrutent leurs membres dans tous les cantons, aucune d'elles n'étant limitée, à cet égard, par ses statuts, à une circonscription territoriale quelconque.

Au point de vue des effectifs, ces caisses groupent un nombre imposant de sections locales (3.520). Elles n'offrent pas à leurs membres des conditions plus avantageuses que les caisses-maladie locales „reconnues", du moment qu'elles ont dû, pour pouvoir toucher les subsides fédéraux, se mettre au bénéfice de la reconnaissance. Cependant, grâce au montant élevé des réserves qu'elles détiennent, (proportionnellement, ces réserves ne sont pas plus fortes que celles des autres caisses-maladie) elles peuvent traverser plus facilement les mauvaises périodes, le risque se répartissant sur un nombre plus grand d'assurés.

§ 2. De l'obligation de s'assurer.

En traitant la question des ressources (chapitre V) et plus particulièrement celle des subsides, nous avons relaté les origines de l'assurance-maladie en Suisse, son développement et son état actuel.

Nous avons pu constater qu'aux termes de la nouvelle loi du 13 juin 1911, la Confédération se borne à encourager l'assurance-maladie en lui octroyant des subsides. Elle abandonne aux cantons, qui peuvent le céder aux communes, son droit constitutionnel d'introduire l'assurance obligatoire. Plusieurs cantons ont usé de ce droit, les uns en déclarant l'assurance obligatoire pour certaines catégories de personnes, les autres en déléguant leurs attributions aux communes. L'assurance est obligatoire dans les cantons suivants: Appenzell Rhodes-Extérieures, Bâle-Ville, St-Gall et Thurgovie. Elle est obligatoire seulement pour les enfants ou écoliers dans les cantons de Fribourg, Vaud et Genève.

Dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et Zoug, l'assurance est obligatoire en vertu de la loi, mais elle ne fonctionne pas encore. Les cantons de Berne, Zurich, Uri, Schwitz, Lucerne, Soleure, Schaffhouse, Grisons, Tessin et Valais ont délégué à leurs communes le pouvoir d'introduire l'assurance-maladie dans leur circonscription [1]).

§ 3. Effectifs des caisses. Prestations. [2])

Les caisses reconnues par la Confédération jouent le rôle d'assureurs; leurs statuts doivent être conformes aux dispositions de la loi.

En outre, les caisses-maladie reconnues ont le droit d'introduire l'assurance-tuberculose, en conformité de la loi du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose et l'ordonnance d'exécution du 31 mars 1931; les prestations correspondantes doivent être garanties pour 540 jours compris dans un laps de cinq années consécutives.

Les principales catégories de caisses sont des caisses ouvertes (dont la circonscription comprend le territoire d'une commune ou toute une région, voire toute la Suisse), les caisses fermées (caisses d'entreprises, caisses professionnelles et caisses d'associations professionnelles) et les caisses publiques.

Les chiffres suivants, qui se rapportent à l'année 1940, témoignent de la grande extension que l'assurance-maladie a prise en Suisse:

Nombre des caisses-maladie reconnues 1147 soit:

211 caisses publiques
339 caisses d'entreprises
73 caisses professionnelles
524 caisses privées.

---

[1]) Hünerwadel Hans: Die Krankenversicherung, Berne, 1938, p. 32.

[2]) Office fédéral des assurances sociales, Les assurances sociales, Berne, 1939, p. 4 ss.

Effectif de l'ensemble des caisses 2.104.112 soit:

867.041 hommes
837.371 femmes
399.700 enfants

Nature des prestations pour l'année 1940:

182 caisses, groupant 423.938 personnes, assurent les soins médicaux et pharmaceutiques;

171 caisses, groupant 93.841 personnes, assurent une indemnité journalière;

794 caisses, groupant 1.586.333 personnes, assurent à la fois les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière.

Les 1147 caisses-maladie reconnues ont dépensé en 1940:

pour les soins médicaux et pharmaceutiques	fr.	52.831.000
pour les indemnités journalières	„	25.743.000
pour les prestations aux accouchées	„	3.969.000
pour les indemnités de décès et frais funéraires	„	909.000
pour les frais d'administration	„	9.304.000
autres dépenses	„	2.890.000
Total des dépenses pour l'année 1940	fr.	95.646.000

La fortune de l'ensemble des caisses-maladie se montait, pour l'année 1940, à fr. 109.843.000.

Les subsides fédéraux sont, pour l'assurance-maladie et l'assurance-tuberculose, un apport financier d'importance, tout particulièrement dans les contrées montagneuses où les communications sont difficiles et la population clairsemée.

Pour l'année 1940, la Confédération a payé les subsides suivants:

subsides ordinaires	fr.	8.943.693
subsides extraordinaires	„	1.000.000
subsides à l'assurance-tuberculose	„	478.794
subsides de montagne aux caisses-maladie	„	599.286

A ces sommes s'ajoutent:

les subsides aux cantons et aux communes qui prennent à leur charge les cotisations d'indigents soumis à l'assurance obligatoire (loi sur l'assurance-maladie et accidents, art. 38). Le montant de ces subsides pour 1940 est de fr. 251.870,—;

les subsides aux cantons et communes qui, dans les contrées montagneuses où les communications sont difficiles et la population clairsemée, soutiennent de leurs deniers les institutions visant à diminuer les frais de traitement des malades et des accouchées (loi sur l'assurance-maladie et accidents, art. 37, al. 2). Le montant de ces subsides pour l'année 1940 est de fr. 178.349,—.

En 1940, 839 caisses-maladie ont réalisé un bénéfice, 7 caisses ont bouclé leurs comptes sans gain ni perte, et 361 caisses ont subi une perte.

§ 4. Mouvement en faveur de la revision de la loi.

La loi sur l'assurance-maladie-accidents du 13 juin 1911 devait former la première des lois sociales que la Confédération se proposait d'établir. Ces lois n'ayant pas abouti, sauf précisément celle du 13 juin 1911, la Confédération s'est efforcée de donner à cette dernière loi un cadre suffisamment large pour remplacer des lois d'ordre social, telle que le serait une loi sur l'assurance-vieillesse et invalidité.

La loi du 13 juin 1911 laisse aux caisses-maladie une grande liberté; par suite du nombre restreint de prescriptions absolument obligatoires, elle prête à l'interprétation extensive et n'institue pas l'obligation de l'assurance-maladie [1]).

---

[1]) Niederer Edouard: L'assurance-maladie: son présent et son avenir, Rapport de la Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, XXIVème session du Comité international, Genève, 1939, p. 28.

Elle pourrait cependant décréter l'assurance obligatoire dans le cadre de la profession ou de la corporation, au moins, en tout cas, l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. Là où le salaire n'est pas payé par le patron durant la maladie, ou ne l'est que pendant un court laps de temps, l'obligation d'assurance s'étendrait aussi à l'assurance-chômage.

Des caisses seraient créées dans le cadre de l'entreprise ou de la corporation. Si cela ne lui était pas possible, l'entreprise pourrait confier l'assurance-maladie aux caisses libres par des conventions ou des contrats collectifs, ce qui d'ailleurs se pratique déjà.

La loi pourrait en outre prévoir que l'épouse et, éventuellement, les enfants, auraient la possibilité d'entrer dans la même caisse que celle de son mari ou de leur père, mais seulement pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques. De plus, des améliorations de l'assurance-maternité sont indispensables — dans le sens d'une augmentation des prestations — en vue de combattre la dénatalité.

En dehors des caisses professionnelles, il existerait des caisses libres qui assureraient toutes les personnes qui n'ont pas trouvé place dans les caisses professionnelles, ainsi que les groupements qui leur auraient confié leur propre assurance.

Le libre passage entre caisses professionnelles et caisses libres serait garanti; cependant, la nouvelle caisse recevrait de l'ancienne l'indemnité qui serait fixée pour assurer le nouveau risque.

Pour garantir le bon fonctionnement des caisses, et surtout des caisses libres, on pourrait envisager la création d'une caisse fédérale de compensation. Cette caisse de compensation serait alimentée par un prélèvement de 5 à 10 % sur les notes des medecins et des pharmaciens. En outre, une part des bénéfices nets réalisés par les fabriques de produits pharmaceutiques devrait être attribuée à la caisse de compensation. La Confédération allouerait à la même caisse le produit des douanes pro-

venant des médicaments importés, éventuellement d'autres sources de revenus.

La caisse fédérale de compensation aurait pour tâche de combler les déficits des caisses, d'assurer une indemnité plus forte qu'actuellement en faveur des accouchées. En outre, afin de venir en aide aux familles nombreuses dans le payement de leurs cotisations, la caisse de compensation accorderait, par l'entremise des caisses-maladie, une allocation pour chaque enfant.

Toutes ces mesures tendraient ainsi à augmenter la „sécurité sociale" des individus et à diminuer les charges de l'assistance, tant publique que privée.

§ 5. L'assurance-tuberculose.

L'ordonnance du 31 mars 1931 réglant, en exécution de la loi fédérale du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose, l'allocation de subsides aux caisses-maladie et à leurs fédérations [1]), a définitivement mis sur pied une assurance-tuberculose qui, pour être modeste, n'en est pas moins bienfaisante.

L'examen de cette ordonnance conduit à l'exposé des deux parties suivantes:

1. le rapport de l'assurance-maladie avec l'assurance-tuberculose;
2. les conditions mises à l'octroi des prestations de l'assurance-tuberculose.

a) Le rapport de l'assurance-maladie avec l'assurance-tuberculose [2]).

Ont seuls droit aux prestations de l'assurance-tuberculose, les membres de caisses-maladie reconnues

---

[1]) Conférence internationale de la mutualité et des assurances sociales, Participation des caisses d'assurances sociales à la lutte antituberculeuse, Rapport de la 7ème assemblée générale, Genève, 1937, p. 171 ss.

[2]) Bulletin de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, L'assurance-tuberculose, Lausanne, 15 février 1934, No 2, p. 20.

que, par une déclaration particulière, l'Office fédéral des assurances sociales a agréées comme assureurs des tuberculeux, ou les membres des caisses-maladie reconnues qui ont adhéré à une fédération ayant pour objet l'assurance en cas de tuberculose.

Des prestations spéciales sont allouées aux membres tuberculeux que le médecin envoie dans un sanatorium ad hoc. Si cette condition n'est pas remplie, les tuberculeux bénéficient des prestations ordinaires de l'assurance-maladie, conformément aux statuts, en tant, du moins, qu'ils y ont encore droit. La plupart des caisses-maladie limitent la durée de leurs prestations ordinaires à 180 jours compris dans une période de 360 jours consécutifs (par abréviation: 180-360), ou pendant 270-360 ou 360-540 jours. Lorsque la caisse n'exclut pas le membre qui a épuisé son droit aux prestations, mais qu'elle le réintègre dans son droit après un certain temps, ce membre, s'il est tuberculeux et si son médecin ne l'envoie pas dans un sanatorium, ne peut obtenir les prestations de la caisse pendant la période de carence. Il en est autrement de l'assuré que son médecin envoie au sanatorium: aussi longtemps qu'il demeure affilié à sa caisse, et peu importe qu'il ait ou non consommé son droit aux prestations statutaires, il a droit aux prestations spéciales de l'assurance-tuberculose pendant 720 jours compris dans un laps de cinq années consécutives. Très souvent, le médecin ne diagnostique la tuberculose qu'après une longue maladie, et s'il juge alors nécessaire de placer le malade dans un sanatorium, il peut arriver qu'un membre secouru durant plus de mille jours, par exemple, depuis qu'il est affilié à la caisse, conserve néanmoins son droit intégral aux prestations de l'assurance-tuberculose. Comme l'obligation qui en résulte pour les caisses est fort étendue, il faut donner à celles-ci la compétence de soumettre à un médecin-conseil (spécialiste de la tuberculose) l'ordonnance du médecin prescrivant un séjour dans un sanatorium. C'est aussi le moyen d'empêcher qu'un médecin

envoie son malade au sanatorium à seule fin de lui assurer les prestations plus élevées de l'assurance-tuberculose.

L'importance des secours de l'assurance-tuberculose justifie que les caisses-maladie restreignent leurs prestations à celles de cette assurance et, chose de grande considération surtout pour l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques, qu'elles ne servent pas en même temps les prestations-maladie et les prestations-tuberculose. Dans l'assurance-tuberculose, les caisses peuvent limiter à fr. 3.— par jour leurs prestations à un membre assuré pour les soins médicaux et pharmaceutiques. Il est cependant possible que les frais de traitement et de pharmacie, en moyenne, dépassent cette somme au sanatorium, par exemple lorsqu'une opération telle qu'une résection des côtes est nécessaire. Alors que, dans l'assurance-maladie, une caisse doit payer les frais d'opération, dans l'assurance-tuberculose, en revanche, elle se libère de son obligation en allouant fr. 3,— au moins par journée de sanatorium. On ne peut pas nier que l'assurance-tuberculose soit parfois moins favorable au membre que l'assurance-maladie ordinaire. Mais, c'est le contraire qui se produira le plus souvent, attendu que les interventions chirurgicales sont rares au cours d'un séjour relativement bref dans un sanatorium.

b) Les conditions mises à l'octroi des prestations de l'assurance-tuberculose.

Il vient d'être dit qu'une tuberculose doit s'être déclarée, qui nécessite l'envoi du malade au sanatorium. Si regrettable que cela soit, il a fallu renoncer à comprendre la prophylaxie dans l'assurance, aussi bien pour ménager les intérêts des assureurs que par égard aux difficultés financières de la Confédération. Mais ce n'est pas une solution satisfaisante, spécialement pour notre jeunesse.

Les différents articles de l'ordonnance d'exécution du 31 mars 1931 fixent ensuite les modalités des pres-

tations accordées, les périodes pendant lesquelles les assurés ont droit à des secours, les conditions requises pour qu'un sanatorium figure dans la liste des établissements aptes à recevoir les tuberculeux, etc.

Il existe actuellement huit organismes d'assurance-tuberculose reconnus, dont trois pratiquent la réassurance.

A la fin de 1940, le nombre des personnes assurées directement ou indirectement contre la tuberculose était de 1.229.193 se répartissant comme suit:

Genre	Hommes	Femmes	Enfants	Total
a) Prestations en nature	159.820	225.672	217.249	602.741
b) Prestations en espèces	96.969	65.125		162.094
c) Les deux genres de prestations	200.889	263.469		464.358
	457.678	554.266	217.249	1.229.193

Le montant total des subventions de l'Etat se montait à fr. 478.794,—.

N. B. Les données statistiques contenues dans ce chapitre nous ont été communiquées à la fin décembre 1942 par l'Office fédéral des assurances sociales, Berne.

§ 6. Fédérations de caisses-maladie.

Le développement qu'a pris l'assurance-maladie en Suisse est dû, en grande partie, à l'activité intelligente des principales associations de caisses-maladie, à savoir le Concordat des caisses-maladie suisses, fondé en 1891 et groupant 1.683.284 membres en 1940, la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, fondée en 1893, et qui se compose de Fédérations cantonales, puis la Fédération tessinoise des caisses-maladie, fondée en 1921 et groupant, à fin 1940, 40.000 membres [1]).

[1]) Office fédéral des assurances sociales, Les assurances sociales, Berne, 1939, p. 6.

Ces divers groupements ont pour but:

— d'étudier toutes les questions relatives aux assurances sociales, spécialement celles contenues dans les statuts des sociétés adhérentes;
— de défendre les intérêts des sociétés auprès des autorités fédérales, et d'étudier les questions se rattachant à l'interprétation et à la revision des lois fédérales sur les assurances sociales;
— de prendre les mesures d'ensemble dans l'intérêt des sociétés et de leurs membres;
— de travailler spécialement au développement de l'assurance-maladie sous toutes ses formes;
— d'organiser la surveillance, ensuite de conventions, des sociétaires malades séjournant en dehors du siège de leur société.

L'adhésion des caisses-maladie aux différentes Fédérations est tout à fait facultative. Ces Fédérations ne constituent pas une instance supérieure aux caisses-maladie; de plus, il n'existe pas d'organe inter-fédérations, chacune d'elles ne faisant que représenter les caisses-maladie qui en font partie.

Les Fédérations cherchent à obtenir des réductions de prix sur les prestations médicales et pharmaceutiques; de temps en temps, elles organisent des cours d'instruction pour les agents des caisses, qu'elles initient à la comptabilité et aux questions de statistiques.

La Fédération romande des sociétés de secours mutuels comptait, au début de 1942, 179 sections groupant 145.797 assurés se répartissant comme suit: hommes, 53.335, femmes, 35.736, enfants et assurance scolaire, 56.726.

Les comptes se sont soldés, pour l'année 1941, par un boni de fr. 2.008,45.

Au 1er janvier 1942, la fortune de la Fédération romande s'élevait à fr. 24.045,02 [1]).

---

[1]) La Mutualité romande, Rapport de la Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande, Lausanne, 15 juin 1942, No 6, p. 105.

Comme le Concordat, la Fédération romande a fondé, en 1933, une caisse de réassurance pour l'application de l'assurance-tuberculose. Si la mutualité est bonne pour les individus, elle l'est aussi pour les collectivités. Malgré cela, toutes les sociétés de secours mutuels „reconnues" de la Fédération romande n'ont pas adhéré à la caisse de réassurance pour la lutte contre la tuberculose, dont le siège est à Genève.

Au 1er janvier 1942, cette caisse comptait 83 caisses affiliées groupant 60.959 sociétaires se répartissant comme suit: hommes, 27.248, femmes, 17.658, enfants, 16.055.

En 1941, les prestations de cette caisse de réassurance se sont élevées à fr. 70.264,65, les frais d'administration et autres dépenses, à fr. 9.161,30.

Durant cette même période, les primes versées par les sociétés affiliées se sont élevées à fr. 73.123,85, les intérêts du capital, à fr. 6.318,25, les subsides fédéraux, à fr. 23.750,95, soit au total fr. 103.193,05, ce qui présente un bénéfice net de fr. 23.767,10.

Au 31 décembre 1941, le capital et les réserves de la caisse de réassurance s'élevaient à fr. 235.020,95 [1]).

§ 7. Autorités de surveillance.

Les autorités préposées à la surveillance de l'assurance-maladie, et en particulier des caisses-maladie reconnues, sont l'Office fédéral des assurances sociales, Département de l'Economie publique, et le Conseil fédéral.

Institué par l'arrêté du 19 décembre 1912, l'Office fédéral des assurances sociales a commencé son activité le 1er février 1913 [2]). Il a pour tâche de pourvoir à

[1]) La Mutualité romande, Rapport de la caisse de réassurance pour la lutte contre la tuberculose pour 1941, Lausanne, 15 septembre 1942, No 9, p. 170 ss.

[2]) Office fédéral des assurances sociales, Les assurances sociales, Berne, 1939, p. 6.

l'exécution de la loi sur l'assurance-maladie et accidents, mais le Conseil fédéral peut lui conférer d'autres attributions en matière d'assurances sociales.

Dans l'interprétation de la condition de „sécurité" posée à la reconnaissance des caisses-maladie, l'Office devait procéder très prudemment: il ne possède pas une base légale pour pouvoir exiger des caisses l'établissement de bilans actuariels. De même, il y a manque d'unité en matière d'investissement des fonds, les caisses n'étant tenues que de se conformer aux dispositions cantonales sur la sécurité pupillaire des obligations.

B. L'assurance-accidents.

§ 1. Bases de l'assurance-accidents.

La loi fédérale du 13 juin 1911 (LAMA) régit l'assurance-maladie et l'assurance-accidents en Suisse. Quoique ne faisant pas directement l'objet de notre étude, nous traiterons également la deuxième partie de cette loi, soit celle ayant trait à l'assurance-accidents.

Avant 1911 [1]), le patron était responsable d'un accident s'il était prouvé que celui-ci provenait de sa faute ou d'une faute de l'outillage. Cette preuve était à la charge de l'ouvrier; elle était très difficile à établir.

On jugea nécessaire de créer une caisse officielle pour pouvoir exiger une assurance obligatoire. S'il n'y avait pas de monopole d'Etat, les bons risques iraient aux compagnies d'assurance privées et les mauvais reviendraient à la caisse officielle.

C'est la partie la plus discutable de la loi suisse. Deux compagnies privées avaient établi un projet concernant la répartition des mauvais risques, mais ce

---

[1]) Loi fédérale du 13 juin 1911 sur l'assurance-maladie et contre les accidents; voir sous titre troisième: dispositions générales et transitoires, la nouvelle rédaction de l'art. 128 (clauses abrogatoires, droit abrogé), conformément à la loi complémentaire du 18 juin 1915.

point de vue ne fut pas pris en considération. (En France, il existe une caisse officielle, mais sans monopole).

Le risque de l'accident professionnel fut étendu aux maladies professionnelles. On fait en outre une distinction entre risques professionnels et risques non professionnels.

Art. 67. L'accident professionnel est:

1. une lésion corporelle subie par l'assuré, encourue lors d'un travail exécuté sur l'ordre de l'employeur ou de ses remplaçants.
2. L'accident professionnel est celui qui survient lors d'une activité déployée par l'assuré dans l'intérêt direct ou indirect de l'employeur ou de ses remplaçants.
3. L'accident de travail est un accident survenu au cours d'une interruption de travail, et après le travail si l'assuré se trouvait, sans faute de sa part, dans les locaux ou sur les chantiers.

La Confédération a déclaré soumis à l'assurance obligatoire en cas d'accidents le personnel travaillant en Suisse, des entreprises suivantes (art. 60):

les entreprises de chemins de fer, de la poste et des bateaux à vapeur, les entreprises assujetties à la loi sur les fabriques, les entreprises qui ont pour objet l'industrie du bâtiment, le voiturage par terre ou par eau et le flottage, la pose et la réparation des lignes téléphoniques et télégraphiques, le montage et le démontage de machines et l'exécution d'installations de nature technique; la construction de chemins de fer, tunnels, ponts, routes; les travaux hydrauliques, le creusage de puits et de galeries, les travaux de canalisations et l'exploitation des mines, les industries qui produisent, mettent en oeuvre ou ont en dépôt des matières explosibles.

§ 2. Objet de l'assurance et prestations aux assurés.

L'assurance, qui s'applique aux accidents professionnels et non professionnels, est pratiquée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne. Les prestations assurées sont: la gratuité des soins médicaux et des médicaments, l'indemnité de chômage, les rentes d'invalidité, les frais funéraires et les rentes de survivants.

Dès l'accident et pour la durée de la maladie qui en résulte, l'assuré a droit aux prestations médicales et pharmaceutiques, aux traitements divers et aux appareils dont il peut avoir besoin, au payement des frais de voyage nécessaires. S'il lui faut des soins de garde, la Caisse nationale y pourvoit. Au lieu de faire soigner l'assuré à son domicile, la Caisse nationale peut ordonner son transfert dans une maison de santé, en ayant toutefois égard aux désirs du malade ou de sa famille (Art. 73).

L'indemnité de chômage est due à l'assuré dès le troisième jour après l'accident et pour la durée de la maladie qui en résulte. Elle représente quatre-vingts pour cent du salaire et des suppléments de gain réguliers dont l'assuré se trouve privé par suite de la maladie. Le gain n'est compté que jusqu'à concurrence de vingt et un francs par jour. Quand des prestations sont versées par d'autres assureurs, l'indemnité de chômage ne peut excéder la différence entre le montant de ces prestations et le total du gain dont l'assuré se trouve privé (Art. 74).

Pour une incapacité absolue de travail, la rente d'invalidité est fixée à 70 % du gain annuel de l'assuré, ce gain annuel n'entrant en ligne de compte que jusqu'à concurrence de fr. 6.000,—. Si l'infirmité exige des soins de garde et d'autres soins spéciaux, la rente peut être augmentée, tant que dure cette situation, jusqu'à concurrence du gain entier. Si l'incapacité de travail

n'est que partielle, la rente est réduite en proportion (Art. 77).

Si l'assuré succombe à l'accident, la Caisse nationale rembourse aux survivants les frais d'enterrement jusqu'à concurrence de fr. 40,— (Art. 83).

La rente de survivants se monte à:

30 % du gain annuel de l'assuré pour la veuve, durant sa viduité, ainsi que pour le veuf déjà infirme ou qu'une incapacité permanente de travail atteint dans les cinq ans après le décès de l'assurée, durant sa viduité;

15 % du gain annuel de l'assuré pour chaque enfant légitime, même posthume;

25 % de ce gain pour l'enfant qui, par le décès de l'assuré, perd le second de ses père et mère.

La rente d'enfant court jusqu'à l'âge de 16 ans révolus ou, si à cet âge l'enfant est atteint d'une incapacité permanente de travail, jusqu'à ce que soixante-dix ans se soient écoulés depuis la naissance de l'assuré.

Les enfants qui, au moment de l'accident, étaient légalement adoptés ou légitimés, sont assimilés aux enfants légitimes. Il en est de même des enfants naturels, quant aux droits qui dérivent du décès de leur mère.

20 % du gain annuel de l'assuré pour les ascendants en ligne directe, pour leur vie durant, pour les frères et soeurs jusqu'à l'âge de 16 ans révolus; cette rente se répartit par tête entre tous les ayants-droit.

Les rentes de survivants ne peuvent, au total, excéder 60 % du gain annuel de l'assuré (Art. 85 à 87).

La prévention des accidents est l'une des tâches importantes qui incombent à la Caisse nationale. Celle-ci peut ordonner toute mesure utile, les intéressés entendus.

§ 3. Financement de l'assurance.

Les primes pour les accidents professionnels sont à la charge de l'employeur. Toute convention imposant à l'assuré une part de ces primes est nulle. Les primes pour les accidents non professionnels sont à la charge de l'assuré pour les trois quarts et de la Confédération pour un quart. Actuellement, par mesure d'économie, la Confédération ne paye plus cette subvention.

Les chiffres suivants, tirés du compte d'exploitation de la Caisse nationale pour l'exercice 1941 [1]), montrent l'importance de l'assurance obligatoire en cas d'accidents.

Dépenses	assurance des accidents professionnels	assurance des accidents non professionnels
Indemnités de chômage	fr. 12.968.781,20	5.300.626,79
Soins médicaux . . .	fr. 8.321.696,77	3.591.370,64
Rentes d'invalidité et indemnités en capital	fr. 12.914.789,93	4.317.791,35
Rentes de survivants et indemnités en capital	fr. 5.495.759,95	3.558.460,20

Dans la même année, les dépenses relatives à la prévention des accidents se sont élevées à fr. 322.043,50.

A la fin de l'année 1941, les capitaux de couverture des rentes se montaient à . . . . fr. 273.480.000,—
pour les accidents professionnels et pour les accidents non professionnels à . . . . . fr. 96.530.000,—

soit au total . . . . . fr. 370.010.000,—

---

[1]) Caisse nationale suisse en cas d'accidents à Lucerne, Rapport pour l'année 1941, Lucerne, 1942, p. 22 ss.

CHAPITRE XII.

Extension prise par l'assurance contre la maladie et les accidents depuis le début de la guerre actuelle [1]

§ 1. En faveur des membres des détachements de travail.

La guerre a provoqué dans le domaine de la main-d'oeuvre maintes innovations qui, à leur tour, ont rendu nécessaires certaines mesures complémentaires dans le domaine des assurances sociales.

L'arrêté du Conseil fédéral du 15 décembre 1939 a institué des détachements de travailleurs pour la défense nationale, en vue de mettre les employés et ouvriers en chômage à la disposition de la Confédération pour exécuter des travaux militaires [2]).

Les membres de ces détachements, astreints au service militaire ou au service complémentaire, peuvent, en cas de maladie ou d'accidents, recourir sans autre aux prestations de l'assurance militaire (art 2).

Il n'en est pas de même pour les chômeurs qui ne sont pas astreints au service militaire ou au service complémentaire et pour lesquels il a fallu prévoir une règlementation spéciale. La Confédération a assuré elle-même contre les accidents les membres de cette caté-

[1]) La Suisse sociale, publication No 1, Service d'information de la centrale fédérale de l'économie de guerre, Berne, 1942, p. 38 ss.

[2]) Arrêté du Conseil fédéral sur la formation de détachements de travailleurs pour la défense nationale (Du 15 décembre 1939).

gorie auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents à Lucerne (Art. 6, lit. e).

Elle les assure également contre les maladies auprès de l'une des trois organisations centrales des caisses-maladie (Konkordat der Schweizerischen Krankenkassen in Solothurn, Fédération des sociétés de secours mutuels de la Suisse romande à Genève, Federazione ticinese delle casse-malati in Castel S. Pietro). Le Département fédéral de l'économie publique a été chargé de conclure les contrats d'assurance (Art. 6 bis).

Mais la protection sociale en faveur des membres des détachements de travail non astreints au service militaire ou au service complémentaire va encore beaucoup plus loin. Ils ont droit, en effet, conformément à l'arrêté du Conseil fédéral du 20 décembre 1940 [1]), à une rente, dans la mesure où ils peuvent prouver que cette invalidité est la conséquence d'un mal contracté, selon toute probabilité, pendant le service dans le détachement de travail ou aggravé au cours de ce service.

Lorsqu'un chômeur décède des suites de ce mal, la Confédération verse une rente à ses survivants (Art. 6 ter, al. 1 et 2).

D'une manière générale, les mesures prises en vue d'assurer la protection des membres des détachements de travail ont fait leurs preuves. En fait, la morbidité a été assez élevée, étant donné qu'il s'agit de personnes non astreintes au service militaire ou au service complémentaire, c'est-à-dire dont l'état de santé laisse à désirer ou dont l'âge est assez avancé. Le fait qu'il ne s'agit pas de militaires, mais de travailleurs civils, souligne toute la portée sociale du droit à la rente-invalidité ou survivants consentie par la Confédération.

[1]) Arrêté du Conseil fédéral modifiant celui qui concerne la formation de détachements de travailleurs pour la défense nationale (Du 20 décembre 1940).

§ 2. En faveur des personnes astreintes au service obligatoire du travail (affectation de main-d'oeuvre à l'agriculture et aux travaux de construction d'intérêt national).

Les conditions de travail diffèrent moins des normes habituelles pour les personnes affectées à l'agriculture que pour les membres des détachements de travail. C'est pourquoi, il a été décidé d'emblée de ne pas rendre l'assurance-maladie obligatoire pour tous les participants au service du travail dans l'agriculture, mais de leur conseiller, par contre, de contracter une telle assurance. Certains cantons, par exemple celui de Zurich, ont assuré à leurs frais tous les participants. Dans le canton de Lucerne, les primes sont payées par les assurés. La Confédération a approuvé un contrat-type d'assurance-maladie collective entre les cantons et les caisses-maladie, élaboré par quelques caisses centralisées.

Toutefois, l'arrêté du 17 avril 1942 déclare obligatoire, pour tout le territoire de la Confédération, l'assurance-maladie pour les travailleurs affectés à l'agriculture à titre extraordinaire [1] (Art. 1er).

L'arrêté du 5 mai 1942 prévoit des dispositions analogues pour les personnes affectées, en vertu du service obligatoire du travail, à des travaux de construction d'intérêt national (Art. 1er) [2].

Dans l'un comme dans l'autre cas, les travailleurs ne contractent naturellement l'assurance que lorsqu'ils ne sont pas encore assurés auprès d'une caisse-maladie reconnue.

Quant à l'assurance-accidents, elle a été expressément déclarée obligatoire pour tous les travailleurs affectés à l'agriculture, y compris les volontaires. L'assu-

---

[1] Arrêté du Conseil fédéral sur l'affectation de la main-d'oeuvre à l'agriculture (Assurance-maladie). (Du 17 avril 1942).

[2] Arrêté du Conseil fédéral sur l'affectation de la main-d'oeuvre aux travaux de construction d'intérêt national. (Assurance-maladie) (Du 5 mai 1942).

rance (conformément à l'ordonnance III du Département de l'économie publique du 17 mars 1941) [1]) est confiée à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents à Lucerne (Art. 1er). Elle couvre, au compte de la Confédération, les dommages résultant d'accidents et de maladies professionnels, conformément aux dispositions de la loi fédérale du 13 juin 1911 et des ordonnances complémentaires. Les prestations de l'assurance doivent correspondre à celles qui sont stipulées dans cette loi (Art. 4).

Les primes sont payées par l'employeur et perçues, pour le Département des finances, par les offices cantonaux préposés à l'affectation de la main-d'oeuvre. Elles sont de 20 centimes par journée de travail pour les adultes et de 10 centimes pour les écoliers et les jeunes gens de moins de 18 ans (Art. 7 et 8).

En 1941, en pleine saison, l'assurance englobait de 13 à 15.000 travailleurs, y compris les volontaires.

L'assurance-accidents n'est pas expressément obligatoire pour les travailleurs affectés aux ouvrages d'intérêt national. Ces travailleurs sont censés être assurés par l'employeur auprès de la Caisse nationale, en vertu de la loi du 13 juin 1911.

L'arrêté fédéral du 31 mars 1942 sur l'affectation de la main-d'oeuvre aux travaux de construction d'intérêt national prescrit par contre qu'une allocation de transfert de 80 % doit continuer à être versée aux travailleurs victimes d'un accident professionnel, aussi longtemps que la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents leur verse une indemnité de chômage, conformément à l'article 74 de la loi précitée (Art. 5) [2]).

---

[1]) Ordonnance III du département fédéral de l'économie publique sur l'affectation de la main-d'oeuvre à l'agriculture (assurance en cas d'accident). (Du 17 mars 1941).

[2]) Affectation de la main-d'oeuvre aux travaux de construction d'intérêt national.
I. Arrêté du Conseil fédéral (Du 31 mars 1942).
II. Ordonnance du département fédéral de l'économie publique (Du 31 mars 1942).

§ 3. En faveur des équipages des navires suisses.

Les navires suisses navigant sur mer étant considérés, en droit international, comme territoire suisse, il pouvait paraître naturel de confier l'assurance-accidents de leurs équipages à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents. Tel est le cas pour le personnel des entreprises de navigation sur les lacs et cours d'eau suisses (Art. 60 de la loi fédérale du 13 juin 1911).

Cette manière de procéder présentant cependant de nombreux inconvénients, l'arrêté du Conseil fédéral du 13 juin 1941 a expressément exclu la navigation maritime battant pavillon suisse de l'assurance obligatoire publique contre les accidents (Art. 1er, al. 1), tout en imposant aux propriétaires ou armateurs de navires suisses l'obligation d'assurer les équipages contre les accidents et la maladie (Art. 2, al. 1) [1]).

La Confédération a complété ces dispositions par l'ordonnance du 6 août 1941 du Département fédéral de l'économie publique [2]). En règle générale, les équipages des navires suisses doivent être assurés auprès d'une compagnie concessionnée en Suisse. Toutefois, le Département de l'économie publique peut admettre que des contrats soient passés avec d'autres compagnies d'assurance (Art. 1er).

Les prestations de l'assurance-accidents doivent comporter en tout cas les frais de rétablissement, une indemnité de chômage pour incapacité temporaire de travail, une indemnité en cas d'invalidité ou de décès (Art. 3).

En cas de maladie, les prestations doivent comprendre au moins les frais de traitement et une indemnité de chômage pour incapacité temporaire de travail (Art. 4, lit. a et b).

---

[1]) Arrêté du Conseil fédéral concernant l'assurance des équipages des navires suisses contre les accidents et la maladie (Du 13 juin 1941).

[2]) Ordonnance du département fédéral de l'économie publique sur l'assurance des équipages des navires suisses contre les accidents et la maladie (Du 6 août 1941).

La Confédération a assuré les équipages de ses navires auprès de la „Zurich" assurance-accidents; les autres armateurs suisses ont passé des contrats avec des compagnies de leur choix.

CONCLUSION

Il ne faudrait pas tirer des conclusions trop hâtives sur les résultats obtenus en Suisse en matière d'assurance-maladie et accidents.

Comme nous l'avons vu, la promulgation de la loi fédérale du 13 juin 1911 a eu pour effet d'augmenter, dans de notables proportions, le nombre des assurés; mais cette loi n'a pas, pour autant, introduit l'obligation de l'assurance. De ce fait, une partie importante de la population suisse n'est pas à l'abri des risques maladie-accidents.

1. Deux millions environ d'habitants sur quatre sont actuellement assurés en Suisse; cette proportion peut paraître relativement forte, surtout si l'on tient compte du grand développement acquis par d'autres branches d'assurance, telles que l'assurance-vie et l'assurance-accident indemnité-capital.

L'assurance-vie crée ou augmente les possibilités économiques des assurés, très souvent à un moment assez difficile de leur existence: durant leur jeunesse, quand il s'agit de continuer des études ou d'approfondir un métier (assurance-vie payable à 20-25 ans); plus tard, lorsqu'ils doivent faire face à des charges accrues (25-50 ans); enfin, si l'assurance n'est pas obligatoire, les caisses-maladie peuvent limiter l'âge d'admission à 55 ou 60 ans, ou même refuser l'adhésion aux personnes présentant un trop grand risque pour l'assurance (introduction de l'examen médical préalable). Dans tous ces cas, le capital mis à la disposition de l'assuré par l'assurance-vie facilite le payement des contributions de l'assuré ou supplée directement à l'assurance.

Quant à l'assurance-accidents indemnité-capital (et non indemnité journalière et soins médicaux et pharma-

ceutiques), elle joue le même rôle que l'assurance basée sur la mutualité.

En effet, ce mode d'assurance est très souvent combiné avec l'abonnement à un périodique quelconque, afin de faciliter l'encaissement de la cotisation qui se répartit sur une période plus ou moins longue, rendant ainsi le payement plus aisé. Dans ce cas, seul le versement de l'indemnité par l'assurance à lieu selon le mode de l'assurance-capital, l'encaissement des primes s'effectuant de la même manière que dans une mutualité.

2. Si les personnes appartenant à des milieux aisés s'assurent individuellement, il faut par contre reconnaître que, de nos jours, les personnes nécessiteuses échappent souvent à l'assurance, soit parce que leur salaire ne le leur permet pas, soit parce qu'elles préfèrent économiser la cotisation exigée.

Si l'on rendait l'assurance obligatoire, n'exceptant que les personnes qui justifient d'un certain revenu, il va de soi que la proportion citée — deux millions d'habitants assurés sur quatre millions — serait beaucoup plus forte.

Ce qui nous semble plus intéressant, c'est que ce seraient justement les personnes qui en ont le plus besoin qui se verraient englobées en premier lieu dans l'assurance.

Il y a là, du point de vue social et moral, un avantage évident, ces personnes ne tombant plus à la charge de l'assistance ou de la charité privée.

A part les quelques cas déjà cités [1]), il ne s'agit pas de réformes proprement dites à apporter aux modalités du régime de l'assurance-maladie-accidents en Suisse, le système actuel réalisant parfaitement sa tâche; il conviendrait plutôt d'y introduire l'obligation de s'assurer, ceci pour diminuer le nombre des personnes qui, actuellement, sont à la charge de l'assistance tant publique que privée.

---

[1]) Voir p. 110.

APPENDICE [1]

Tableau des diverses lois régissant l'assurance-maladie dans les différents pays.

Assurance ouvrière générale.

Sur les vingt-deux Etats qui ont édicté des lois d'assurance obligatoire, douze ont soumis à l'obligation d'assurance, soit d'emblée, soit par étapes successives, tout individu qui exerce une activité économique dépendante. Voici, dans chacun de ces Etats, l'indication du texte fondamental régissant l'assurance-maladie:

TABLEAU I.

Systèmes d'assurance ouvrière générale.

Etat		*Date du texte fondamental*
ALLEMAGNE	:	19 juillet 1911 (texte du 15. 12. 24)
BULGARIE	:	6 mars 1924
CHILI	:	8 septembre 1924
GRANDE-BRETAGNE	:	16 décembre 1911 (texte du 7. 8. 24)
IRLANDE (Etat libre d')	:	16 décembre 1911
NORVEGE	:	6 août 1915
PORTUGAL	:	10 mai 1919
RUSSIE	:	9 novembre 1922
ROYAUME DES SERBES, CROATES ET SLOVENES	:	14 mai 1922

Assurance ouvrière limitée.

Un certain nombre d'autres législations, qui ont également conçu l'assurance-maladie comme partie intégrante du régime du salariat, n'en ont pas doté l'ensemble des salariés, mais seulement les ouvriers et les employés des entreprises industrielles et commerciales. Le tableau qui suit indique, pour chacun des Etats, le texte fondamental:

---

[1]) Conférence internationale du Travail, L'assurance-maladie, Genève, 1926, p. 10 et 11.

TABLEAU II.

Systèmes d'assurance ouvrière limitée.

Etat		*Date du texte fondamental*
ESTHONIE	:	23 juin 1912
GRECE	:	8 décembre 1923
HONGRIE	:	No XIX de 1907
JAPON	:	22 avril 1922
LETTONIE	:	Codification de 1922
LUXEMBOURG	:	17 décembre 1925
ROUMANIE	:	28 janv. 1912; 30 mars 1888 et No XIX de 1907

En outre, l'assurance-maladie est obligatoire en France (10 mai 1940) dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, pour tous les salariés; dans les autres départements, pour les inscrits maritimes, et les salariés des mines; en Italie, pour les salariés de l'industrie et du commerce dans les nouvelles provinces.

Mutualité subventionnée.

Dans un certain nombre d'Etats qui n'ont pas introduit l'obligation d'assurance contre la maladie, les salariés et les indépendants se trouvant dans une situation matérielle similaire, peuvent adhérer aux caisses-maladie ou aux sociétés de secours mutuels librement formées et bénéficiant du concours actif, matériel et moral des pouvoirs publics. Nous avons réuni dans le tableau III quelques indications sur le texte fondamental.

TABLEAU III.

Systèmes d'assurance avec des membres participant aux sociétés de secours mutuels en cas de maladie.

Etat		*Date du texte fondamental*
AUSTRALIE	:	Lois provinciales
BELGIQUE	:	24 juin 1894
DANEMARK	:	10 mai 1915
FINLANDE	:	2 septembre 1897
FRANCE	:	1er avril 1898
NOUVELLE-ZELANDE	:	No 12, de 1909
SUEDE	:	4 juillet 1910
SUISSE	:	13 juin 1911

En outre, un certain nombre d'Etats, qui s'en tiennent à la liberté d'assurance, possèdent des systèmes spéciaux d'assurance obligatoire, — comprenant les salariés des entreprises, — ayant atteint un haut degré d'organisation et comportant des risques particuliers pour leur personnel (chemins de fer, marins, exploitations minières).